

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

447

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

Par J. BRASSEUR

DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE
DANS L'INVERSION
UTÉRINE PUERPÉRALE IRRÉDUCTIBLE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
 { TUFFIER, LETULLE, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

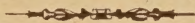
Par J. BRASSEUR

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS L'INVERSION

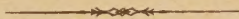
UTÉRINE PUERPÉRALE IRRÉDUCTIBLE



Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
 { TUFFIER, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1895

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE, MONSIEUR L'ABBÉ TELLIER

A TOUTE MA CHÈRE FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURET

Professeur de clinique chirurgicale
Ancien chirurgien des hôpitaux de Paris

A MES AUTRES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien de l'hôpital Bichat
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS L'INVERSION

UTÉRINE PUERPÉRALE IRRÉDUCTIBLE

PRÉLIMINAIRES

L'inversion utérine puerpérale, devenue chronique et irréductible, est une affection d'une extrême rareté. M. le Dr Segond, malgré 500 hystérectomies vaginales, ne l'a pas rencontrée. M. le Dr Bouilly ne s'est pas non plus trouvé dans l'obligation d'en opérer un cas. Aussi attribue-t-il la rareté de cette affection à la façon plus scientifique dont les accouchements sont faits de nos jours.

Cependant au cours de l'année dernière, par un hasard tout à fait particulier, nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas, dans le service de notre Maître, M. le Dr Duret, à l'hôpital de la Charité de Lille. Deux fois l'hystérectomie vaginale a été pratiquée, en juin et octobre 1894.

A peu près vers la même époque le Dr Legueu observait un cas semblable ; et il le traitait par le procédé ordinaire de l'hystérectomie vaginale totale.

La rareté de cette affection, mais aussi l'application de l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus, nous ont engagé à faire connaître les observations du Dr Duret, et à prendre l'opération pratiquée comme sujet de notre thèse inaugurale.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier M. le Dr Franchomme, chef de clinique de M. Duret, ainsi que M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux (1). M. le Dr Franchomme avait déjà présenté les observations à la *Société des sciences médicales* de Lille, son étude historique sur la question nous a été très utile. M. le Dr Legueu a eu l'amabilité extrême de nous faire connaître le procédé qu'il avait suivi et dont son observation si instructive ne donnait que le résumé.

Que M. le professeur Duret, qui nous a inspiré ce travail, veuille bien recevoir ici nos plus sincères remerciements. La grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée lui assure notre plus vive reconnaissance.

M. le professeur Terrier nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre plus respectueuse gratitude.

1 La publication de son intéressante observation a paru dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de juin 1894. Le Dr Duret avait fait à cette époque l'opération pour son premier cas.

CHAPITRE PREMIER

DE L'INVERSION PUERPÉRALE EN GÉNÉRAL.

L'inversion, dit M. le professeur Dénucé, dans sa magnifique monographie (*Traité de l'inversion utérine*) demande pour se produire que l'utérus soit transformé en une poche à parois minces, par le développement graduel d'un produit intérieur, et que cette poche se vide subitement de son contenu.

Cette proposition générale est encore vraie de nos jours : aussi, dans le court aperçu de l'inversion que nous nous proposons de faire au début de notre travail, nous ne ferons que la développer en partie seulement car elle comprend aussi bien les inversions puerpérales que les inversions polypeuses.

Nous laisserons ces dernières de côté nous réservant d'en dire quelques mots au moment du diagnostic différentiel.

Il est inutile d'insister sur la rareté des inversions puerpérales ; elles ne se rencontreraient, dit Beiggel, cité par M. le professeur Pozzi, qu'une fois sur 190.000 accouchements.

Enfin les inversions puerpérales qui passent à l'état chronique, se présentent encore moins fréquemment. « Il faut en effet songer, dit M. le D^r Puech (de Montpellier) que bon nombre des inversions produites au moment de l'accouchement sont aussitôt reconnues et réduites; d'autre part que les connaissances obstétricales se répandant de plus en plus, les accidents dus à leur ignorance deviendront de moins en moins fréquents, ainsi que le témoigne déjà la diminution marquée du nombre des fistules vésico-vaginales »; c'est ce qui explique pourquoi les cas d'inversions de l'utérus abandonnés à eux-mêmes et devenus chroniques, c'est-à-dire ceux qui rentrent dans le domaine du gynécologiste, sont peu souvent observés. »

Qu'y a-t-il d'étonnant si l'on se représente les nombreuses conditions dont la réunion est pour ainsi dire nécessaire.

D'abord l'inertie utérine et surtout celle du segment inférieur de l'utérus accompagnée d'une dilatation suffisante de l'orifice cervical paraît être une condition essentielle de l'inversion. Cette inertie peut se rencontrer dans certains cas de distension exagérée de la matrice (gros œuf, hydramnios) de grossesses multiples, ou encore dans l'amaigrissement extrême du segment inférieur, avec ou sans ruptures des fibres musculaires.

Ajoutez à cela, les tractions exercées sur le cordon, soit par le poids de l'enfant, l'accouchement se faisant debout avec brièveté naturelle du cordon ou circulaires, ou plus souvent, quand le placenta est trop adhérent (maladies, enclavement), ou que la délivrance tarde à se

faire, par les vigoureuses tractions d'une sage-femme trop pressée.

Cette dernière cause sera de moins en moins invoquée, la délivrance se pratiquant de plus en plus de nos jours par la méthode de l'expression française, que préconise M. le professeur Pinard.

On admet encore la contraction spasmodique des muscles abdominaux, saisissant l'utérus et le repoussant avant qu'il ait eu le temps de se rétracter sur le placenta.

Quelquefois même la contraction active de la matrice interviendrait aussi d'une manière efficace, après la rupture de la poche des eaux, l'utérus moulé sur son contenu le suit dans son mouvement d'expulsion et ne s'en sépare que lorsque le fœtus franchit le col, en se retournant ainsi que le fait un doigt de gant, trop étroitement appliqué sur le doigt qu'il recouvre lorsqu'on recherche à le retirer.

Quoiqu'il en soit, l'inversion commencée pour une des causes précédentes, la matrice intervient par ses contractions et tend à expulser cette portion de sa propre paroi qu'elle considère comme un corps étranger.

Ceci pourrait peut-être nous expliquer pourquoi, entre les trois espèces d'inversion admises aujourd'hui, c'est la seconde, c'est-à-dire l'inversion de l'utérus avec conservation du col formant bourrelet circulaire que nous observons le plus souvent.

La première variété, en cul de bouteille, s'accentue de plus en plus et la troisième très rare ne s'observe presque jamais, puisque le tissu utérin utilisable pour les contractions effectives diminue de plus en plus et ainsi

des contractions. Cette dernière variété nécessite donc d'autres conditions pour se produire, principalement les tractions exercées jusqu'à ce que rien ne puisse plus venir.

Mais en résumé, nous dirons avec M. le Dr Pozzi, que la seule division utile en clinique est celle de l'inversion simple et celle de l'inversion avec prolapsus (le vagin prend part à l'inversion et l'utérus tout entier apparaît à l'extérieur).

Les symptômes varient suivant que l'inversion est récente ou ancienne.

Dans le premier cas, la parturiente éprouve une douleur déchirante, qui remonte profondément dans l'abdomen et lui donne l'idée qu'on arrache ses entrailles. Cette douleur, quand elle n'est pas le prélude d'une péritonite mortelle, amène un trouble profond du système nerveux, cette stupeur qu'on observe à la suite des grands traumatismes et que les Anglais désignent sous le nom de *Shock*.

En plus, vient l'hémorrhagie qui s'explique par la gêne subite de la circulation de retour, accident d'autant plus redoutable que le muscle utérin fait saillir au dehors ses sinus gorgés de sang, entr'ouverts et pour ainsi dire encore béants au niveau de l'insertion placentaire.

Aussi n'est-il pas étonnant que l'accouchée tombe en syncope, cette dernière ayant le plus souvent pour heureux effet d'arrêter toute hémorrhagie. La femme échappe ainsi à la terminaison fatale ; si personne n'intervient et ces faits bien que difficiles à comprendre ne sont pas

rares, elle peut se remettre conservant les jours qui suivent une certaine gêne dans la miction et la défécation. La matrice reprend peu à peu son volume normal, elle subit tant bien que mal son travail d'involution et au bout d'un certain temps l'inversion chronique avec toutes ses conséquences se trouve constituée.

C'est alors qu'on appelle le médecin, la femme se plaint d'hémorrhagies très graves au point qu'elles mettent sa vie en danger; au moment des règles, elle a même de nouveau des syncopes, dans l'intervalle surviennent d'abondantes pertes blanches, elle a du tiraillement dans les lombes, de la difficulté pour marcher; sans compter les difficultés de la défécation et de la miction; cette dernière quelquefois même portée au point qu'elle doit, pour uriner, repousser avec la main cette tumeur qui remplit le vagin et comprime les organes de l'excavation. La malade est en plus très anémiée.

L'attention du médecin alors attirée de ce côté, que trouve-t-on?

L'index introduit dans le vagin, se trouve bientôt arrêté par une tumeur, de consistance plus ou moins ferme, durcissant quelquefois sous le doigt, en forme de poire, à grosse extrémité inférieure, dont le pédicule est entouré d'un bourrelet plus ou moins épais, formé par le col. Aidé du spéculum, on aperçoit une surface rougeâtre, vilieuse, plus ou moins saignante, parsemée de points rouges, sources de l'hémorrhagie.

En attirant légèrement la tumeur vers la vulve, on peut constater la présence de deux petites ouvertures latérales très étroites, dont il est possible de faire le cathétérisme

avec un stylet très fin, c'est à n'en pas douter l'orifice des trompes. La main armée de l'hystéromètre constate qu'entre le bourrelet et le pédicule existe un sillon circulaire, ne dépassant pas en général une profondeur de 15 à 20 millimètres.

La tumeur ainsi examinée paraît bien être l'utérus. Pour s'en convaincre définitivement, on s'efforce par la palpation de découvrir ce dernier en son lieu ordinaire. Une main appliquée sur le pubis, un doigt dans le rectum, montrent que la partie supérieure de l'excavation est vide, les deux mains se rencontrent, il n'y a que la paroi entre elles.

Cette dernière constatation est pour ainsi dire pathognomonique, mais elle peut ne pas être facile à faire (épaisseur exagérée de la paroi abdominale, contractions des muscles, etc.) : il faut donc faire un diagnostic différentiel avec tout ce qui peut présenter la même apparence.

A première vue la chose peut paraître facile, mais les erreurs qu'ont commises de grands chirurgiens restent là pour prouver le contraire.

En général, cependant, l'inversion, qu'elle soit simple ou compliquée de prolapsus, ne peut être confondue, ni avec une tumeur cancéreuse, ni avec le prolapsus de la matrice. Sans parler des antécédents, la forme régulière et arrondie de la tumeur, la présence d'un pédicule, la distinguent suffisamment de la première de ces affections. La présence d'un pédicule et l'absence de l'orifice utérin au sommet de la tumeur la séparent de la seconde, même dans les cas rares, où par suite du relâchement des liga-

ments elle reste à l'extérieur compliquée de prolapsus du fond du vagin.

Il est inutile de faire le diagnostic entre l'inversion et les prolapsus, soit de la vessie, soit du rectum.

La seule affection qui puisse donner le change, et le fait n'est pas rare, c'est l'affection polypeuse.

« L'esprit, cependant, doit être mis en éveil (Tillaux, *Cliniques chirurgicales*), lorsqu'il s'agit d'une femme récemment accouchée. La surface de l'utérus inversée est de couleur rougeâtre, celle du polype est gris-blanchâtre ; la consistance de l'utérus est un peu mollassse, celle du polype fibreux est ferme : il est possible de voir l'orifice des trompes à la surface utérine, il n'existe aucun orifice en cas de polype. L'hystérométrie permettra de reconnaître que la rigole circulaire qui entoure le pédicule de la tumeur se termine rapidement en cul-de-sac dans le cas d'inversion, tandis que l'instrument pénètre en un point au moins dans toute la hauteur de la cavité utérine s'il s'agit d'un polype.

Mais le principal élément de diagnostic différentiel est fourni par le toucher rectal, qui permet de reconnaître que l'utérus n'est plus à sa place. Le palper hypogastrique, le cathétérisme de la vessie, combinés avec le toucher rectal, donnent à cet égard des renseignements positifs.

Dans quelques cas cependant le diagnostic devient plus délicat (cas d'adhérence d'une partie du polype à l'une des lèvres du col), dans ce cas on a toujours la ressource du palper hypogastrique et du toucher rectal, et enfin les indications de l'hystéromètre qui indiquent une cavité utérine normale ou même agrandie.

Il est aussi possible qu'on se trouve en présence d'une inversion polypeuse, dans ce cas on peut voir quelquefois la ligne de démarcation qui sépare les tumeurs, la tumeur supérieure, l'utérus, étant plus consistante que ne le serait par exemple les parois vaginales dans le cas d'inversion avec prolapsus du vagin, la tumeur inférieure, dure, consistante, ne présente pas cette sensibilité spéciale du tissu utérin, sensibilité qui se montre dans les contractions de l'organe. On peut à ce propos employer l'acupuncture, ainsi que l'indique M. Guéniot, elle permet de reconnaître si la tumeur est sensible ou ne l'est pas. Mais il ne faudrait pas se baser seulement sur cette sensibilité comme moyen de diagnostic car elle a fait défaut dans quelques cas. Citons entre autres, l'observation du Dr Leprevost du Havre, rapportée par le professeur Tillaux. L'absence de sensibilité a fait l'objet d'une intéressante discussion à la Société de chirurgie.

Bien que dans certains faits, la réduction spontanée de l'utérus ait été observée (chute, accumulation de matières fécales dans le rectum), bien qu'on ait vu l'élimination spontanée de l'utérus par gangrène suivie de la guérison, il ne faudrait pas toujours compter sur ces terminaisons plus ou moins favorables.

Il faut donc avant tout tenter la réduction de l'utérus.

Aussitôt après l'accouchement, l'inversion produite, tout en comprimant l'aorte abdominale, il faut refouler la masse dans le vagin, avec la main recouverte d'un linge trempé dans une solution antiseptique, on peut en même temps faire un léger massage du corps utérin pour diminuer sa congestion, ainsi que la chose a été faite par le

D^r Péraire pendant trois quarts d'heure. Le succès d'ailleurs a couronné ses intelligents efforts.

Dans les cas d'inversion chronique, d'autres méthodes peuvent être employées, taxis central, périphérique, latéral, méthodes plus rapides, mais pas toujours inoffensives. Les exemples n'en manqueraient pas si nous voulions les citer.

Nous ne parlerons pas des réductions instrumentales rapides, on ne les admet plus. La méthode de Chassagny (*Lyon médical*, 8 avril 1889) ne nous arrêtera pas, pas plus que celle du D^r Pittarelli (Congrès de Bruxelles, sept. 1892). Ce sont des procédés théoriques, assez ingénieux, *a priori*, mais dont l'essai reste à faire.

Nous croyons qu'en présence d'un cas d'inversion ancienne, le praticien devra surtout recourir aux méthodes de réduction, lentes et continues. En Allemagne, on emploie les colpeurynter de Brann, en Angleterre, c'est le « repositoir d'Aveling » qui paraît avoir la préférence, il a d'ailleurs donné de beaux succès à son auteur (10 cas de guérison par le repositoir. Leçon clinique du professeur Aveling. *Britisch medical Journal*. Mars 1886, p. 475).

En France et à notre époque, on préfère employer le pessaire à air de Gariel (Puech, *Montpellier médical*, 1892, n° 36, p. 703), guérison après 23 jours. Il est encore une méthode plus simple que toutes les précédentes, en ce sens qu'elle ne nécessite pas d'instrument spécial, nous voulons parler du tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, ou avec toute gaze antiseptique. Mais il faut le faire avec soin, en mettre de tous les côtés de la tumeur

autant que le vagin peut en contenir, si la femme le supporte bien. Dans ces cas la pression étant uniformément répartie sur toute la surface de la tumeur, l'élasticité du vagin, combinée avec la tonicité et les contractions des muscles voisins, peut intervenir et amener la réduction.

Toutes ces notions ont été exposées en détail par Denucé et par quelques auteurs plus récents. — Sicard. Thèse de Paris, 1892, *Inversion puerpérale et modes de réduction*, Remy et Porak, *Archives de Tocologie*, 1891-1892. — Nous n'avons fait que résumer leurs idées, car nous ne voulons étudier que les inversions irréductibles et leur traitement.

CHAPITRE II

DE L'IRRÉDUCTIBILITÉ DES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'ABLATION DE L'UTÉRUS.

A une époque assez rapprochée un des plus grands chirurgiens de l'époque, Nélaton, parlant de l'inversion utérine, s'écriait.

« N'a-t-on pas été jusqu'à conseiller pour le cas de renversement de la matrice, l'extirpation de cet organe ? Cette opération a été pratiquée. Nous ne discuterons même pas l'application d'un semblable procédé ».

Il est des cas cependant, où l'ablation de cet organe s'impose, nous le verrons d'ailleurs au chapitre des indications, pour le moment nous ne parlerons que de l'une d'elles, l'irréductibilité, en comprenant par ce mot, l'impossibilité dans laquelle se trouve le chirurgien de remettre dans sa position et dans sa forme normale l'utérus inversé.

Quelles sont les conditions qui empêchent ainsi toute réduction ? C'est ce que nous allons essayer de faire voir.

L'une des premières conditions qui paraît intervenir

est à coup sûr la congestion de l'organe. La circulation artérielle peut encore se faire jusqu'à un certain point, il n'en est pas de même pour la circulation veineuse ; les veines sont gorgées de sang, la stase gagne tout le système utérin, et il peut arriver un moment où l'organe n'est plus nourri. Sa vie propre s'éteint, les microbes nombreux du vagin peuvent intervenir et amener la gangrène partielle de l'organe, quelquefois même la gangrène totale : Si cette congestion persiste, sans parler des hémorrhagies redoutables qui peuvent se produire, il survient nécessairement dans l'utérus des modifications nutritives. Le sang, maintenu au milieu de tous les éléments, devient la cause de transformations spéciales ; du tissu fibreux se forme.

De plus, il faut que dans de telles conditions la matrice redevienne ce qu'elle était avant la grossesse, qu'elle subisse en un mot son travail d'involution, travail devenu difficile et partant plus long qu'à l'état normal. On en trouve des preuves évidentes dans de nombreuses observations ; parfois même cette involution dépasse le but, et la disparition d'un trop grand nombre de fibres musculaires lisses diminue le volume de l'organe, et lui fait prendre des proportions très petites. Tel est le cas mentionné par West et déposé au Musée de *San Bartholomew's Hospital*. L'utérus est devenu si petit que l'orifice de la poche qu'il forme n'est pas plus gros qu'une plume, tandis que son tissu est très dense.

Cette dernière considération explique la difficulté plus grande qu'éprouve le chirurgien à réduire un utérus dont l'inversion est ancienne. En Angleterre on attache une importance toute particulière à cet état d'involution

utérine, on en fait même la base de la distinction entre les inversions récentes, plus faciles à réduire et les inversions chroniques où les difficultés augmentent. C'est l'avis du Dr Barnes, quand l'involution de la matrice n'est pas complète, nous ajouterons, quant à plus forte raison elle n'a pas dépassé son but, les fibres musculaires ont encore quelque activité : l'organe est gros, le col peu rigide; les tissus assez souples; la réduction est comparativement aisée.

Mais cette congestion de l'utérus est elle-même due quelquefois à la contraction du col, contraction spasmodique, comme on l'a observé dans certains cas, entraînant la congestion non-seulement de l'utérus, mais aussi des organes prolapsés, des anses intestinales. Denucé, à propos de l'observation de Gérard, de Beauvais, en cite un exemple. Chez une nouvelle accouchée on méconnut l'existence d'une inversion; survinrent des nausées, des vomissements, des frissons et finalement la mort 15 jours après. La matrice formait un cul-de-sac profond de 15 centimètres, large de 10 centimètres, dans lequel était engagée et fortement comprimée par le col une anse d'intestin grêle, d'une longueur de 30 centimètres, présentant une teinte rouge noirâtre et qu'on eut de la peine à dégager. Cette prédisposition aux contractions spasmodiques n'est pas toujours limitée au col, elle peut s'étendre à toute la matrice. La surface muqueuse du corps exposée depuis plus ou moins longtemps au contact des sécrétions vaginales peut être saignante, et par place exulcérée. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'elle présente une sorte d'hypéresthésie sensitive, une exagération de

cette sensibilité, qui à l'état normal cause par voie réflexe les différents phénomènes du travail.

L'observation de Valentin, de Vitry, nous en fournit la démonstration, « après un repos prolongé, la matrice était flasque et descendait dans le vagin comme un véritable doigt de gant ; mais sous la moindre pression, elle se contractait bientôt pour aller se pelotonner contre le col ». Et plus loin, au moment des essais de réduction, « dès les premières tentatives, elle se durcit en s'arrondissant ; et les mêmes difficultés recommençaient. » N'est-ce pas d'ailleurs en se servant de cette aptitude spéciale qu'on a pu obtenir certaines réductions par l'emploi de l'électricité.

Mais à côté de ces inversions où la matrice tout entière conserve un rôle pour ainsi dire actif, il en est d'autres où elle semble paralysée, elle est molle et flasque, et le col lui-même participe à cet état d'inertie. Dans ces cas évidemment, il n'y a pas d'irréductibilité, au sens propre du mot, le chirurgien, certaines positions de la femme où la pesanteur seule agit, peuvent amener des réductions dont la facilité stupéfie pour ainsi dire. Le pronostic pour cela n'en est pas meilleur, car la contractilité de l'organe est anéantie. Aucune irritation ne peut la ramener, l'ergot de seigle reste sans effet : les sutures mêmes de l'organe à la paroi abdominale (cas de Baldy), sont totalement impuissantes à maintenir en place l'organe privé de ses moyens de résistance propres (contractilité disparue, ligaments relâchés). Le tamponnement du vagin, l'application d'un pessaire à air, n'empêchent pas la matrice de descendre, de diffuser pour ainsi dire.

Nous avons déjà vu que dans certaines inversions il y avait une rétraction totale de tout le muscle, une densification spéciale de son tissu, qui rendent très difficile la réduction, ces phénomènes peuvent se limiter au col, qui s'épaissit. L'orifice en est rétréci, froncé comme l'ouverture d'une bourse fermée. Ce resserrement est dû aux tassements d'une membrane épaisse repliée sur elle-même et à la rétraction tonique et incessante des fibres musculaires et surtout des fibres musculaires qui composent cette portion de l'utérus : suivant l'expression de Danyau et Robert, elles forment à cet orifice, et dans le pédicule, une série d'anneaux rétractés qui offrent le principal obstacle aux tentatives de réduction.

Cette condition anatomique ne se rencontre pas seulement chez les femmes d'un certain âge, à cette période sénile où l'utérus va devenir un organe sans fonction, nous la retrouvons aussi chez des femmes jeunes. L'observation de Mundé nous montre que souvent ce resserrement du col est très difficile, sinon impossible à vaincre; dans ce cas, même après l'ouverture de l'abdomen, en ayant les pièces sous les yeux, on ne put dilater le col; l'emploi de dilateurs spéciaux fut inutile. Pourquoi s'en étonner quand nous voyons de nos jours le D^r Legueu ne pouvoir produire la réduction pièces en main; « en observant, dit-il, l'orifice péritonéal de l'inversion, on le trouve étroitement resserré sur les organes qu'il contient, au point que même la pièce en mains, il est impossible d'obtenir la moindre apparence de réduction. » A une époque plus reculée Velpeau put aussi constater cette résistance. Une femme vint mourir dans son service à la

suite de métrorrhagies dues à une inversion. Le chirurgien pratiqua l'autopsie, et malgré tous ses efforts, ne put arriver sur le cadavre à réintégrer l'utérus en sa position normale. Notons que dans ce cas, le ventre était ouvert, les manœuvres de toutes sortes ont été employées sans scrupule et le déplacement persista.

On comprendra facilement quelle gêne cette étroitesse du col amène pour les fonctions de la menstruation quand elles existent encore; les organes prolapsés, entraînés dans l'infundibulum péritonéal, se congestionnent, augmentent de volume et se compriment ainsi contre les parois inextensibles de l'utérus, fait comparable à ce qui se produit chez l'homme dans les inflammations du testicule, le tissu congestionné trouve un obstacle à son augmentation de volume dans la résistance de la tunique albuginée. Il s'ensuit nécessairement de la douleur, accrue encore par la sensibilité spéciale de l'organe. Pareil fait se produit chez la femme. La paroi utérine devient la tunique albuginée de ses ovaires si je puis employer cette expression.

Comme autre résultante de cet état, il peut encore se produire des exsudations du sérum sanguin à travers les capillaires dilatés. La fibrine se coagule, les éléments nobles du sang se transforment en cellules embryonnaires, de nouveaux vaisseaux se forment, des adhérences s'établissent entre l'organe et ce qu'il renferme. Les observations de Michalowski, de Velpeau, de Luytgoereus, sont là pour le prouver. « La cavité utérine (artificielle) était obstruée par des adhérences survenues entre les parois de la cavité et les trompes qu'elle contenait. »

Lisfranc rapporte deux cas où les adhérences portaient sur l'intestin et l'épiploon.

Nous voici donc en présence d'une nouvelle cause d'irréductibilité, les adhérences avec les parties voisines, cause physique et mécanique par l'obstacle et la résistance qu'elles apportent; cause morale par la crainte que nous devons éprouver de les rompre et d'amener des déchirures et des péritonites quelquefois mortelles. Grâce à elles ne pourrait-on pas expliquer ces cas de mort survenue au cours des tentatives de réduction? L'expérience des temps passés est là pour nous instruire.

« Nous ne devons pas perdre de vue, dit Denucé, que les
« tentatives de réduction ne sont pas toujours inoffensi-
« ves. L'état de ramollissement de l'utérus peut amener
« pendant l'opération des ruptures utérines (Depaul et
« Nélaton), des déchirures avec hernies de l'intestin à
« l'extérieur (Le Choptais, de Bolbec) et l'état puerpéral,
« des péritonites, des résorptions et une mort rapide,
« comme on le voit dans les observations de Deleurge,
« Brown, Castex, etc.

« Nous avons relevé un cas de mort noté par West, à
« la suite de la simple application d'un pessaire à air;
« et un cas de mort de Lawson Tait à la suite de l'ap-
« plication d'un pessaire à eau; nous notons encore un
« cas de mort entre les mains de Swiedenski, à la suite
« de la réduction d'une inversion de trois ans; deux cas
« de mort survenus dans la pratique de Withe, de Buf-
« falo, après la réduction d'une inversion de 15 mois,
« enfin quatre cas de mort comprenant, il est vrai, pro-
« bablement les deux cas de Withe relatés dans la sta-

« tistique de Barnes, sur dix opérations de taxis forcé. »

L'exposé qui précède nous indique les principales causes d'irréductibilité de l'inversion, adhérences, rétraction du corps et du col, disparition de la contractibilité et flaccidité consécutive, contractions spasmodiques et enfin les congestions : ces dernières interviennent quelquefois seules, dans certains cas d'irréductibilité spontanée, amenant un étranglement de la poche herniée et rappelant le mécanisme de certaines hernies étranglées.

Ces conditions ne sont pas les seules, il s'en ajoute d'autres moins importantes, il est vrai. Nous ne ferons que mentionner la mobilité extrême de l'utérus, et le défaut de fixité du col, qui nécessitent comme nous l'avons vu plus haut, l'emploi de la main à travers la région hypogastrique pour empêcher le col de remonter, le passage des doigts à travers le rectum pour accrocher le col (procédé Courty), et enfin la préhension du col à l'aide de pinces spéciales.

L'irréductibilité constituée et constatée, le chirurgien se trouve en présence du problème suivant : doit-il laisser la femme dans cet état avec les conséquences qu'il entraîne et dont nous parlerons plus loin ? Doit-il, pour guérir la femme, lui enlever l'organe de la gestation, ce qui entraîne : 1° la suppression des menstrues, ainsi que leurs conséquences (congestions supplémentaires, etc.), mais, 2° surtout la stérilité, fait important à considérer quand la femme est très jeune et n'a eu qu'un enfant.

C'est ici le cas de dire quelques mots de certaines opérations du domaine de la chirurgie conservatrice et dont

le but consiste à vaincre cette irréductibilité, au grand jour, par un procédé opératoire quelconque.

Ces diverses opérations tendent surtout à vaincre l'obstacle qu'oppose le col à la réduction, nous avons déjà dit quelques mots des incisions libératrices pratiquées sur l'orifice externe par Millot, Barnes, etc. Ces incisions ne sont pas toujours inoffensives, elles peuvent devenir le point de départ d'accidents redoutables (de déchirure du tissu de la matrice, de lésions du péritoine, d'hémorrhagies), sur lesquels il suffit, pour être éclairé, de rappeler les recommandations de prudence faites par Barnes lui-même, et l'opération de Gaillard Thomas dont nous allons parler.

Ce dernier, dans deux observations restées célèbres, fit une incision sur la région hypogastrique, et par cette ouverture ainsi faite à l'abdomen, essaya de dilater l'orifice de l'infundibulum et de faire la réduction. L'un des cas fut suivi de succès, dans l'autre l'opéré mourut. Malgré ces résultats peu encourageants, l'opération ne fut point abandonnée en Angleterre car elle avait un bon côté elle permettait de se rendre compte, de *visu*, de l'état des organes du petit bassin, de constater l'état de construction du col et de juger des adhérences quand elles existaient.

En 1885, le Dr Malins (obs. citée *in Lancet*, 31 oct.) fit une laparotomie pour une inversion chronique, n'obtenant aucun résultat, il dut se résoudre à enlever l'utérus par la méthode de la ligature élastique.

En 1886, en Allemagne, le Dr Schmalzfuss (Soc. méd. de Hambourg) fit la même opération pour une inversion

datant de dix jours, pour ce motif que la paroi utérine était trop faible et prête à se gangréner et qu'il n'osait employer les méthodes ordinaires de réduction de crainte d'amener une rupture (succès).

En 1889, le Dr Mundé (*New-York medical journal*, 25 octobre) fit aussi une laparotomie pour un cas d'inversion, mais il n'obtint aucun résultat bien qu'il exerçât des tractions sur le fond de l'utérus à l'aide d'une ficelle.

Enfin en 1891, vient l'observation du Dr Baldy que nous relatons plus loin; aucun résultat par ce procédé. On pourra y lire, à la fin, la relation d'un autre cas où la malade dut subir toutes ces manipulations qui amenèrent sa mort pendant l'opération. Et pourtant, ajoute-t-il on avait fini par enlever l'utérus et tout ce qu'il contenait.

Somme toute, à part les cas de Schmalfuss, où l'inversion était récente, ce procédé donne un bon résultat entre les mains de G. Thomas, et quatre ou cinq résultats déplorables.

Une conduite plus rationnelle est celle suivie tout récemment en Allemagne par le Dr Otto Küstner (*Centralb. f. Gyn.*, 14 octobre). Nouveau procédé pour réduire l'inversion puerpérale de l'utérus.

« Chez une femme atteinte depuis plusieurs mois d'inversion utérine survenue à la suite d'un accouchement, alors que toutes les tentatives pour réduire l'utérus sont restées infructueuses, l'auteur a employé avec succès un procédé dont voici la description sommaire (d'après les *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*) :

1° Large incision de la cavité de Douglas.

2° Par cette ouverture, introduction d'un doigt dans

l'anneau d'étranglement, chemin faisant s'il y a lieu, décollement des adhérences péritonéales.

3° Incision médiane et longitudinale de la paroi postérieure de l'utérus en commençant par la muqueuse. L'incision part à 2 centimètres du fond de la matrice et s'arrête à 2 centimètres de l'orifice externe : elle intéresse toute la paroi, y compris le péritoine.

4° Réduction de l'utérus, l'index fixant le col par la cavité de Douglas et le pouce de la même main repoussant le fond de l'utérus.

5° Suture de la paroi utérine à la surface péritonéale par des fils superficiels et profonds.

6° Suture de la cavité de Douglas.

Notons que dans toute cette énumération qui n'est en somme qu'une combinaison des anciennes méthodes de réduction (incision de Barnes, fixation du col de Courty) à part la suture terminale, il n'est nulle part question d'hémostase ; comment arrêter l'hémorrhagie produite par toutes ces sections ? L'auteur ne paraît pas s'en occuper.

Cette dernière considération a pourtant un certain intérêt, à moins d'admettre que l'opération, faite par des mains habiles, soit assez rapide pour empêcher l'opérée de perdre une trop grande quantité de sang.

Enfin, la section qui porte jusqu'à 2 centimètres de l'orifice externe paraît logique, on est ainsi à peu près assuré d'avoir sectionné l'agent d'étranglement, la partie du col qui est resserrée, quand c'est elle qui est en cause ; nous voulons parler de cette espèce « d'anneau musculaire, que forment les fibres horizontales de l'utérus, qui passant d'un

côté à l'autre et d'une face à l'autre, fibres circulaires, par conséquent forment à l'union du corps avec le col de l'utérus, un anneau régulier et très épais, que certains auteurs ont désigné improprement sous le nom de sphincter de l'isthme (Testut, *Appareil uro-génital*, p. 1083).

N'est-il pas dit dans Denucé, que la plupart du temps ce n'est pas le col (du moins l'orifice externe) qui fait obstacle à la réduction, car dans la majorité des observations on constate que le doigt ou un instrument moussé passent facilement entre le col et le pédicule de la tumeur; remarque juste, mais dans laquelle Denucé paraît confondre l'orifice externe du col avec ce qui se trouve au-dessus, l'isthme, c'est en ce dernier point, croyons-nous, qu'existe l'agent du resserrement, le substratum de la contracture spasmodique. N'est-ce pas aussi l'orifice interne qui se referme le premier après l'accouchement? C'est cet orifice qui serait sectionné dans le troisième temps de l'opération allemande.

En résumé, ce procédé n'est pas à dédaigner. Qu'il nous soit permis, pour le juger définitivement, de laisser la parole au Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux, plus autorisé que nous pour juger cette méthode. Voici ce que nous trouvons à ce sujet dans le *Bulletin de la Société anatomique* du 8 juin 1894.

« Ce procédé, dont je n'avais pas connaissance au moment où j'ai pratiqué cette opération (hystérectomie vaginale totale pour inversion puerpérale), me semble très rationnel et si j'avais à traiter une inversion à nouveau, je n'hésiterais pas à y avoir recours et à pratiquer cette opération exploratrice à la fois et libéra-

« trice, qui n'engage à rien si elle ne réussit pas et n'empêche pas de terminer par l'hystérectomie vaginale.
« Cette dernière opération, toutefois, me semble devoir
« être préférée à tous les procédés d'amputation partielle
« employés jusqu'ici ».

Après avoir employé ce procédé, s'il le juge à propos, après avoir épuisé les ressources ingénieuses et patientes que lui offre la science et à l'aide desquelles il peut espérer ramener la matrice déplacée dans sa position normale, le chirurgien ne devra pas rester inactif en présence du danger toujours menaçant qu'entraîne avec elle l'inversion utérine, comme nous le démontrerons plus loin. Si tous ces moyens échouent, il ne craindra pas de tenter ces opérations hardies, qui à l'imitation du travail naturel que nous avons indiqué, peuvent encore guérir le mal par la suppression de l'organe malade (Denucé, *loco citato*).

Nous ferons un court exposé des méthodes qui tendent à ce but et nous étudierons ensuite d'une façon plus spéciale la méthode de la ligature élastique de M. Périer (celle de Kaltenbach en étant peu différente), méthode jusqu'ici reconnue la meilleure, la plus riche en succès et l'opération nouvelle, notre sujet de thèse, l'hystérectomie vaginale totale. Nous verrons dans quels cas, chacune de ces deux excellentes méthodes peut être employée.

PROCÉDÉS ANCIENS POUR L'ABLATION DE L'UTÉRUS.

Dans cette énumération rapide, nous ne ferons que donner les idées émises par Denucé, estimant qu'il nous

est impossible sur ce sujet de faire mieux que l'auteur. Nous suivrons aussi le même ordre.

Excision. — En première ligne vient la méthode de l'excision, elle consiste, après avoir saisi à l'aide de pinces de Museux ou d'érignes le globe utérin et l'avoir amené à la vulve, à en pratiquer la section au moyen des instruments tranchants proprement dits, bistouris ou ciseaux.

Elle a quelquefois donné des résultats surprenants même dans des mains inexpérimentées (rebouteurs, sages-femmes), mais elle n'en est pas moins passible de trois objections capitales.

1° L'hémorrhagie peut être formidable ;

2° On établit et on laisse une large communication entre le vagin et le péritoine ;

3° Le moignon qui reste peut se retourner et porter alors le sang et les exsudats dans la cavité abdominale

Aussi, chacun a-t-il voulu modifier le procédé.

Pour assurer l'hémostase, on s'est servi d'un lien provisoire que quelques chirurgiens laissaient même pendant trois jours, afin de permettre aux caillots de se former.

La section était alors faite au-dessous du lien. Ce fut le procédé de Higgins, Velpeau. D'ailleurs, s'il faut en croire Gosselin (*Cliniques chirurgicales de la Charité*), Velpeau ne l'employait pas pour toutes les inversions irréductibles, il n'opérait pas les inversions compatibles avec l'existence, par suite du peu de gravité des hémorrhagies. A ce propos, Gosselin conseille même à ses élèves de faire des recherches pour arrêter les hémorrhagies.

Une réédition de ce procédé fut faite en 1892 en Italie et en Russie, avec certaines modifications.

En Italie, Decio-Carlo (*Annali di ostetricia e gynecologia*, janvier 1892) conseille le traitement qui suit :

1° Sur l'utérus inversé, on doit mettre un lien provisoire pour l'hémostase. Ce lien sera mis le plus haut possible ;

2° On devra inciser avec précaution les parois utérines sur la face antérieure et la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on ouvre la cavité utérine, on achève la section avec un bistouri boutonné ;

3° On explorera ensuite la cavité avec l'index, et si on y trouvait une anse intestinale, il faudrait la réduire doucement après avoir relâché le lien élastique si l'anse présentait des adhérences il faudrait les détacher ;

4° Cela fait, et après avoir serré de nouveau le lien, on peut procéder tout de suite à la suture dans la crainte qu'après le moignon ne vienne à échapper à la ligature ;

5° On excisera la partie qui est au-dessous de la suture avec le bistouri ou les ciseaux ;

6° On liera les fils qui traversent toute l'épaisseur du moignon ;

7° Il faudra ne retirer le lien que très doucement, afin de pouvoir arrêter aussitôt l'hémorrhagie, et après avoir laissé aller le moignon, on bourrera le vagin avec de la gaze iodoformée et on attendra le moment favorable pour enlever les fils.

En Russie, Mikaelianz (*Vratch.*, 1892, p. 99) emploie la même méthode que précédemment, c'est-à-dire l'amputation sus-vaginale au-dessous du constricteur élastique.

La tumeur est d'abord sectionnée en direction longitudinale pour être sûr que l'entonnoir utérin est vide sans intestin. On aperçoit alors l'embouchure des trompes, on les fait descendre par traction et on place sur chacune une ligature en fil de soie au-dessous de laquelle on coupe. Guérison au bout de 22 jours.

Ecraseur linéaire. — Toutefois, cette méthode donne encore une mortalité assez grande, pour la diminuer on a proposé des instruments à section mousse, l'écraseur linéaire de Chassaignac, les constricteurs de Maisonneuve. Le manuel opératoire est simple. L'utérus saisi par des pinces, amené à la vulve, on applique directement la chaîne sur le pédicule. L'opération est conduite plus ou moins rapidement, quelques chirurgiens mettent 7 1/4 d'h., d'autres 20 heures et plus.

Mais cette section ne suffit pas à créer des adhérences occlusives au niveau du col, il faut le fermer au moyen de sutures.

Cautérisation. — Le procédé suivant de la cautérisation, soit par les caustiques, soit par l'anse du galvano-cautère, ou par la méthode mixte de la ligature et de la cautérisation, ne semble pas avoir constitué un progrès sur la précédente.

Dans une observation due à Vallette de Lyon, la femme présentait des phlébites successives des deux membres inférieurs et mourut de septicémie. Dans une autre (de Courty), l'opération par l'anse galvano-caustique amena chez la malade des attaques d'hystérie de plus en plus

formidables, lesquelles firent place à un délire furieux, suivi d'accès éclamiques et d'une congestion cérébrale, qui emporta la malade le quatrième jour, après le détachement de l'organe, du reste, sans signes de péritonite. L'observation de Mackensie est encore plus concluante, la femme mourut avant qu'il fut possible d'achever l'opération. Somme toute, statistique peu encourageante pour le traitement des inversions puerpérales par ce procédé. Nous verrons plus loin cependant qu'à l'aide de certaines modifications, d'une lenteur plus grande dans l'exécution, l'opération ainsi faite est encore acceptable.

Ligature. — Avec le procédé par la ligature, nous arrivons à un plus sérieux perfectionnement. Mais il y avait loin entre cette méthode au début et celle d'aujourd'hui, on l'appliquait aussi bien pour les inversions récentes que pour les inversions chroniques. Un chirurgien de Lyon, Bouchet père, en fit la première application dans les dernières années du XVIII^e siècle, après lui on procède par tâtonnements, il n'y a pas de règles bien précises. Ce n'est qu'avec l'observation de Clarke que les indications se déterminent, et qu'on restreint l'opération aux seules inversions chroniques, elle devient moins périlleuse et semble répondre assez bien au triple but qui lui est assigné, prévenir l'hémorrhagie, obturer le canal péritonéal et empêcher les résorptions septiques.

Les inconvénients n'échappent pas pour cela aux premiers chirurgiens, la douleur qu'éprouvent les malades au moment de la constriction est quelquefois très violente, s'irradiant de divers côtés dans les fosses iliaques,

dans l'abdomen. Elle détermine parfois un ébranlement nerveux profond avec refroidissement, petitesse du pouls. La mort même survient quelquefois.

La péritonite adhésive, qu'on recherche pour l'oblitération du conduit, peut dépasser son but et se changer en pelvi-péritonite et même en péritonite généralisée.

Les hémorrhagies elles-mêmes ne sont pas toujours évitées, car la nécrose peut atteindre plus rapidement les vaisseaux et en amener la rupture.

Quelques chirurgiens, comme nous l'avons vu plus haut, pensèrent éviter tous ces inconvénients en employant l'incision simultanée; il arriva que dans certains cas, la ligature tint mal et qu'on eut des hémorrhagies mortelles (Obs. Watkinson, Meerhold et Velpeau).

Baudelocque et Desault essayèrent la double ligature, chacune enserrant une moitié du pédicule, mais cette manière de faire a déjà comme inconvénient de produire une plaie péritonéale.

Ligature fixe. — Soutenue. — Sous cette dénomination générale de ligature, on comprend deux ordres de procédés, l'*ancien* par ligature fixe, exécuté en un seul temps, avec un nœud unique, dont l'action est en réalité décroissante à mesure que la section des tissus qu'elle embrasse en amène le relâchement; l'autre qui comprend deux variétés de procédés où l'action de la ligature peut être incessamment renouvelée, procédés à pression soutenue.

Le premier amène des phénomènes d'étranglement, et la section quelquefois immédiate de la partie superficielle

des pédicules, il en résulte une certaine persistance dans la vitalité ou du moins dans la perméabilité vasculaire du pédicule, persistance qui entraîne avec elle une longue lutte entre ces tissus qui ne sont pas encore complètement désorganisés et la ligature qui les serre faiblement. Les vaisseaux peuvent se rompre prématurément, le canal central peut ne pas être oblitéré au moment où la partie nécrosée va se détacher.

Aussi pour ces motifs nous ne nous attarderons pas sur la description de la ligature fixe. Quant à la ligature à pression soutenue, elle n'est point passible des mêmes reproches; on peut serrer moins fort au début, afin de ménager l'organe et de l'habituer à supporter peu à peu le degré de pression voulue. Voici comment dans ces conditions, on pourrait expliquer son action, serrée sans violence, elle ne coupe plus la première couche du pédicule, elle tasse seulement les tissus; serrée un peu plus, elle produit les mêmes effets de tassement sur une seconde couche et ainsi de suite, on arrive à déterminer le même degré de tassement dans toute l'épaisseur du pédicule.

Les vaisseaux sont oblitérés, la partie sous-jacente devient dure, se momifie et il s'établit entre les deux par les procédés habituels de l'inflammation éliminatrice, une ligne de démarcation entre le mort et le vif, toujours aux dépens du vif, de sorte que la ligature tombe avec la partie éliminée.

L'idée première de cette méthode semble avoir pris naissance dans l'observation de Gaulard, « les médecins consultants proposèrent d'appliquer sur le pédicule de la tumeur qui était visible à l'extérieur, une ligature que

l'on pourrait resserrer de plus en plus ». La même idée fut mise à exécution d'une manière différente par Desault et Baudelocque dans l'observation suivante.

« Dans un premier temps le pédicule est pincé entre deux fiches de laiton, serrées avec un fil à leurs deux extrémités, ce qui constitue une sorte de clamp. Dans un second temps renvoyé au lendemain les fiches sont remplacées par une double ligature. » Moss applique de même une série de ligatures fixes.

Serre-nœuds. — Pour la mettre définitivement à exécution de nombreux procédés ont vu le jour, nous ne parlerons que des serre-nœuds de Levret et des modifications heureuses apportées à cet instrument par Bouchet, Roderic, etc. Tous ces procédés appliqués dès le début à la ligature des polypes, le furent ensuite à celle de l'inversion utérine chronique.

Ligature à pression répétée. — Grâce à ces nombreux instruments dont chacun compte des succès, l'ablation de l'utérus ou l'hystérectomie externe, pour employer l'expression de Denucé, est devenue une opération plus sûre, plus souvent terminée par la guérison. Pour en arriver là, elle s'est perfectionnée de plus en plus avec chaque opérateur. Dans le début on se sert d'instruments formés de deux tiges parallèles qui reçoivent les fils, canules de Levret, de Gooch, ayant cet avantage de reporter le nœud à faire à l'extérieur; en effet à une extrémité de l'instrument se trouve l'anse qui sectionnera la tumeur, le nœud est transposé à l'autre extrémité, les fils passant

dans deux tubulures différentes; d'autres instruments comprennent une seule tige avec un œil d'un côté où passent les deux fils et un cran de l'autre sur lequel on arrêtera le nœud, tel est le serre-nœud de Desault, prélude de celui de Périer.

L'emploi de ces instruments a donné quelques succès, observations de Collomb, de Newnham.

Mais les inconvénients sont palpables, il fallait d'abord exercer une pression assez forte afin qu'elle ne glissât point, constriction douloureuse, ensuite au bout d'un certain temps, par suite de la mortification des tissus il fallait procéder à une nouvelle opération, enlever le premier nœud, en faire un second, exécuter de la sorte une série de manœuvres avec alternatives de desserrements et de resserrements qui prolongeaient le traitement.

Par l'emploi de la ligature continue, au moyen du cha-pelet-barillet de Roderic, du serre-nœud de Grœfe, on obtient un resserrement gradué et sans relâchement intermédiaire. Deux mécanismes interviennent l'un pour amener la constriction, sorte de treuil, l'autre pour maintenir la pression produite, cran d'arrêt. Mais ce n'est pas encore un procédé merveilleux. Le fil peut casser, la femme éprouve des douleurs à chaque tour de vis qui augmente la pression et dans trois observations (Symonds, Coat et Deroubaix, cités par Denucé) la ligature se rompt et cette rupture est suivie de la mort de la malade.

Courty veut éviter ces ruptures et il emploie un fil de fer recuit, inaltérable dans les liquides organiques, l'instrument est à peu de chose près le constrictor de Maisonneuve. Quelques années plus tard, Denucé veut per-

fectionner ce procédé par l'emploi d'un instrument d'une précision à peu près mathématique c'est-à-dire le petit écraseur linéaire. Avec une pression douce et lente, en allant la première fois jusqu'à la production de cette douleur spéciale qui caractérise la constriction du tissu utérin, c'est même à ce propos qu'il émet sa théorie du tassement du pédicule et de la séparation du mort et du vif, non point au niveau de la ligature mais à une certaine distance au-dessus.

Ce perfectionnement de la méthode lui donne une belle guérison (Obs. 307, 1874).

Quelques années plus tard, en 1879, Gosselin dans ses *Cliniques chirurgicales* (tome III, p. 172), déclare adopter le procédé.

« Le fil d'un constricteur simple doit glisser facilement sur la surface onctueuse de la muqueuse utérine lorsque la constriction est lente, c'est pourquoi je préfère l'écraseur linéaire. Les aspérités même de la chaîne permettent à l'instrument de ne pas déraper, même après une constriction modérée. En faisant marcher la bascule quatre à cinq fois par jour, on arriverait à la section progressive au bout de 20 à 25 jours. Je propose donc comme moyen de traitement opératoire du renversement la section progressive et lente avec l'écraseur de Chassaignac laissé en place et serré quatre à cinq fois par vingt-quatre heures ».

Somme toute ces procédés (ligature progressive ou à pression continue) dénotent un progrès constant dans le traitement de l'inversion utérine irréductible. On ne peut mieux en juger d'ailleurs que par l'étude comparative de

leurs résultats, telle d'ailleurs qu'on la trouve dans le traité de Denucé; il n'y a que peu à ajouter.

En ne considérant que les résultats pour les inversions puerpérales chroniques, on obtient la statistique suivante :

1° L'excision simple avec les procédés anciens	
donne une mortalité de	41 0/0
2° L'ablation par l'écraseur linéaire	18,75 0/0
3° La cautérisation	50 0/0
4° La ligature fixe	33 0/0
5° La ligature progressive	18 0/0

Nous verrons dans le chapitre suivant qu'avec le procédé de la ligature élastique, tel qu'il a été conçu et exécuté par M. Périer, la mortalité décroît d'une façon plus marquée encore, les statistiques que nous avons eues sous les yeux donnent une proportion de 8,33 0/0.

C'est qu'en effet, les différents procédés que nous venons d'énumérer avec suffisamment de détails sont loin d'être parfaits! Nous ne parlerons que peu des liens employés, fils de soie, de catgut, etc., susceptibles d'être attaqués par les liquides organiques, par les antiseptiques même employés dans certains cas; le résultat de cette attaque étant de diminuer la résistance du fil et d'amener sa rupture, cause d'hémorrhagie, cause aussi d'ébranlement nerveux, de shock, de lésions du péritoine pouvant amener dans certains cas une péritonite mortelle.

Là n'est pas encore le plus grand défaut de ces procédés, il réside selon nous dans ces contractions perma-

nentes et répétées du tissu utérin, amenant presque toujours des douleurs parfois très violentes, dans certains cas même un état syncopal assez marqué pour forcer l'opérateur à suspendre toute constriction.

De plus cette différente méthode exige pour ainsi dire la présence constante de l'opérateur afin de surveiller l'état de constriction de l'anse, pour la resserrer jusqu'à ce que la malade indique par les douleurs qu'elle éprouve qu'on est arrivé au point voulu.

Enfin la longueur du traitement est encore à considérer, ainsi que l'extrême variabilité des résultats. Combien n'avons-nous pas lu d'observations où la ligature est tombée le quinzième, le vingtième, quelquefois même le trentième ou le quarantième jour, ce qui augmente les chances que peut avoir la malade d'être infectée.

Avec les procédés de ligature à pression continue ou élastique dont nous allons parler, beaucoup de ces inconvénients disparaissent. Principalement le procédé opératoire de M. Périer semble avoir atteint le summum de perfection du genre. Aussi le voyons-nous jusqu'ici employer de préférence à tout autre par les grands chirurgiens de notre époque, Le Fort, Poncet, Tillaux.

CHAPITRE III

LIGATURE ÉLASTIQUE ET HYSTÉRECTOMIE.

Si on consulte les auteurs qui ont traité cette question, il semble bien que c'est à Courty que revient l'honneur d'avoir appliqué à l'inversion de l'utérus chronique et irréductible la méthode des liens de caoutchouc : méthode qui avait déjà donné de si beaux résultats dans les mains de Jude Hue pour la section du prépuce dans la circoncision, de Belle et Scarenzio pour l'ablation de polypes et enfin dans les mains de Courty lui-même pour l'extirpation des tumeurs de la peau, de la langue, du rectum, de l'élongation de l'utérus.

Son premier essai date des premiers jours de 1874. En voici d'ailleurs l'observation.

Denucé : observation 311. Courty, 1874. « Inversion
« utérine survenant chez une jeune femme à la suite d'un
« premier accouchement et donnant lieu à des hémor-
« rhagies fréquentes et menaçantes pour la vie de la
« malade. » Tentatives répétées et infructueuses de réduction. Je me décide à tenter l'ablation (14 janvier 1874). J'appliquai sur le col inversé de la matrice un tube de

caoutchouc de petit calibre que je serrai modérément et que je fixai dans ce degré de tension en embrassant les deux chefs dans une ligature de fil ciré fortement serré. La manœuvre fut facile par l'abaissement du corps de l'utérus attiré à l'aide de pinces érigées au-dessous de la vulve. Je refoulai la tumeur. Dans la journée deux injections de 2 centigrammes de morphine, la douleur fut presque nulle. Le lendemain j'abaissai encore la tumeur et serrai fortement la ligature. Douleur modérée combattue encore par la morphine.

Repos absolu : lavages antiseptiques répétés ; médication opiacée continue, aucun symptôme de péritonite : à peine un peu de météorisme.

Le quatorzième jour, la tumeur se détache ; « la plus légère
« traction suffit pour amener au dehors l'anse élastique,
« des pinces à griffe permettant de ramener le corps
« séparé du col vers la partie moyenne de la portion
« cervicale : le sac utérin contenait une partie des trompes
« et présentait quelques adhérences anciennes de la
« séreuse. Nul accident, guérison rapide. Un examen
« fait deux mois après permet de constater la reconstitu-
« tion du col ».

En 1875, Arles, de Montpellier, imite la conduite de Courty. La tumeur se détache aussi le quinzième jour : pas d'autres accidents que quelques vomissements et un peu de sensibilité du ventre.

En 1876 Corradi emploie le même procédé contre une inversion polypeuse, mais aussitôt après l'application de la ligatures, il résèque la partie prolabée. L'eschare tomba le vingt-cinquième jour. Le succès fut complet.

En 1877, chez une femme atteinte d'inversion à la suite d'un accouchement laborieux, au moment de sa septième grossesse, Jude Hùe, de Rouen, applique une ligature trop peu serrée; il observe des hémorrhagies des nécroses partielles, de la muqueuse et d'une corne utérine, et ce n'est que le quarante-troisième jour que la guérison est définitive.

Deux années plus tard en 1879, Chauvel se trouve dans la nécessité de faire l'ablation d'un utérus inversé chez une primipare de 18 ans. De nombreux essais de réduction avaient été faits, tous avec le même insuccès. Les hémorrhagies devenaient menaçantes pour la vie de la mère. Comme ses prédécesseurs il se sert d'un tube de caoutchouc (tube à drainage de 4 millimètres de diamètre). L'utérus est amené au dehors, la ligature assez fortement serrée et ses deux chefs fixés par un fil ciré. Douleurs vives calmées par des injections de morphine, élimination le neuvième jour d'un petit corps grisâtre pris par la garde-malade pour un caillot et jeté comme tel. Guérison le vingtième jour.

Il est facile de voir par ces résultats que le procédé est excellent, mais le manuel opératoire n'est pas encore bien fixé, on ne sait pas trop s'il faut serrer très fort au début ou modérément, on n'est pas bien certain que la ligature va rester en place. Aussi voyons-nous un opérateur tracer sur l'utérus un sillon à l'aide du thermo-cautère (Chauvel). *Spencer Wells*, 1877, obs. 234, après avoir passé en croix, deux épingles dans le pédicule, avait appliqué la ligature élastique au-dessus des épingles. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la variabilité des

résultats. Les escharres tombent le neuvième, quatorzième, seizième, vingt-cinquième et même le quarante-troisième jour comme dans l'observation de Jude Hue. A M. Perier en 1880, revient le mérite d'avoir perfectionné la méthode. Si son procédé a le désavantage de nécessiter un instrument spécial qui jusqu'ici ne se trouve pas dans la trousse des praticiens, par contre les avantages sont considérables. La pression est pour ainsi dire graduée, la ligature ne paraît pas menacer de descendre et enfin le manuel opératoire est très simple.

Le voici d'ailleurs tel qu'il a été décrit par son auteur dans une présentation à la Société de Chirurgie en 1880, dans deux observations restées célèbres.

« Une femme de 31 ans, primipare, a un accouchement
« très long, la délivrance est très laborieuse et se compli-
« que d'hémorrhagie; subinflammation péritonéale, hémor-
« rhagies incessantes. Constataion de l'inversion. « Il
« existe dans le vagin une tumeur du volume et de la
« forme d'une grosse figue, faisant issue entre les lèvres
« du col, qui a la forme d'un bourrelet annulaire ; entre
« le pédicule de la tumeur et le col, le doigt est arrêté
« par un sillon nettement circulaire. En combinant le
« palper abdominal avec le toucher vaginal et le toucher
« rectal, je constate l'absence de l'utérus au-dessus du col
« utérin et j'acquies la certitude qu'il s'agit d'une
« inversion utérine incomplète.

« Tentative de réduction inutile. Opération le 3 mars 1880.
« L'appareil instrumental se compose :

1° « D'une pince pour amener l'utérus au dehors; elle
« a été faite sur mes indications par M. Aubry; les mors

« de cette pince sont deux demi-anneaux dont le plan est
« perpendiculaire à la direction des branches et enve-
« loppés de caoutchouc. La pince fermée forme un collier
« destiné à embrasser la partie étroite de l'utérus inversé
« et à permettre de l'attirer au dehors sans le lésér ou le
« comprimer.

2° D'un fil de soie résistant.

3° D'une tige à crémaillère, lame plate de 20 centimè-
« tres de longueur, dont l'extrémité est recourbée sur le
« plat en un crochet très court qui sur sa partie libre pré-
« sente un trou à bords très lisses destiné au passage du
« fil lié autour de l'utérus ; l'un des bords de la lame
« présente dans sa moitié inférieure six crans en crémail-
« lères espacés de centimètre en centimètre et dont les dents
« configurées en crochet tourné en bas, font un relief de
« six millimètres.

« 4° D'un anneau en caoutchouc.

« 5° D'un crochet mousse (un tire-bouton vulgaire
« suffit). Voici comment l'opération a été faite. Dans un
« premier temps la malade ayant été soumise au chloro-
« forme, l'utérus est amené à l'extérieur à l'aide de la
« pince à mors semi-lunaires. J'entoure le pédicule d'une
« anse de fil de soie, qui est solidement noué, après que
« les chefs du fil ont été engagés dans l'œil de la tige à
« crémaillère. Je vois alors si le fil est convenablement
« appliqué au point où l'on veut exercer la constriction
« que l'on porte de suite à l'extrême en nouant aussi
« fortement que possible. Dans un troisième temps, j'as-
« sujettis l'anneau de caoutchouc contre le nœud cons-
« tricteur par un autre nœud qu'il est indispensable

« de faire triple, car c'est sur lui qu'appuiera le caout-
« chouc dont la traction le ferait infailliblement glis-
« ser et se relâcher, s'il n'était que double. Le qua-
« trième temps consiste à saisir à l'aide du crochet, la
« partie libre de l'anneau de caoutchouc pour l'accro-
« cher le plus loin possible à l'un des crans de la cré-
« maillère. Enfin, dans un dernier temps, on remet l'u-
« térus à la place qu'il occupait dans le vagin et l'extré-
« mité libre de la tige sort de la vulve sans exercer
« aucune pression sur les parties molles. Elle se tient
« droite dans l'axe du vagin, par le fait de la direction
« dans laquelle s'exerce la traction. »

Ce manuel opératoire est exécuté de point en point.
« La partie sous-jacente à la ligature prend de suite une
« teinte violacée ; je fais une injection phéniquée au
« 40°. Le jour même, douleurs très vives, facilement
« calmées par l'injection hypodermique. Le cinquième
« jour l'anneau est reculé d'un cran. Symptômes abdo-
« minaux très légers. Le treizième jour, l'anneau est
« reculé de trois crans ; chute de la ligature le lende-
« main. Je constate avec surprise que le fil n'a pas
« sectionné l'utérus. La section entre le mort et le vif
« s'est faite à peu près à un demi centimètre au-dessus
« du point d'application du fil. Le vingt-quatrième jour,
« j'examine au spéculum, je trouve le col tout à fait nor-
« mal. La portion d'utérus détachée peut être comparée
« à un petit ballon qui aurait crevé, la ligature qui s'est
« creusé un sillon ferme hermétiquement la cavité ; mais
« les surfaces péritonéales sont libres au-dessus et au
« dessous... Au-dessus, en déplaçant un peu les parties,

« on distingue les annexes ; au-dessous la surface est par-
« tout lisse, les parois sont minces, molles et déchirées
« largement sur l'un des côtés. Ainsi la ligature n'a pas
« eu pour effet de sectionner les parties, elle a mortifié
« les tissus du côté où ils auraient pu recevoir du sang et
« c'est le travail d'élimination de cette portion mortifiée
« qui oblitère le péritoine. Dans les deux mois qui sui-
« vent, à l'époque des règles, la malade a des douleurs
« lombaires et pendant un ou deux jours un écoulement
« légèrement teinté. »

Deuxième Obs. 1880. — « Femme de 25 ans, primi-
« pare, accouchement laborieux nécessitant l'application
« des fers. La délivrance est faite 20 minutes après, sans
« efforts, mais suivie d'une hémorrhagie. Fièvre pendant
« 8 jours. « L'utérus à la palpation se retrouve dans la
« fosse iliaque droite et paraît suivre son involution nor-
« male. La malade se lève le quinzième jour. Le ving-
« tième jour, dans un effort pour aller à la garde-robe,
« dans la position accroupie sur un vase, elle sent qu'une
« grosseur se présente à la vulve. Cependant la malade
« s'occupe des soins de son ménage. » Le retour des
« couches n'offre rien de particulier, mais est suivi d'une
« violente hémorrhagie. Examen 45 jours après l'accou-
« chement : « Le ventre est plat, non douloureux : aucu-
« ne douleur, ni dans les fosses iliaques, ni à l'hypo-
« gastre. Par le toucher vaginal, je sens une masse dure
« arrondie, pyriforme, sortant par sa petite extrémité du
« col utérin qui l'entoure assez lâchement. L'extrémité
« de l'index, engagée dans le col s'arrête à un sillon cir-

« culaire qui fait régulièrement le tour du point d'im-
« plantation et a partout la même profondeur.

« Par le palper abdominal, combiné avec le toucher
« vaginal, je ne sens entre les deux mains rien qui rap-
« pelle le corps de l'utérus. Par le toucher rectal, je puis
« me convaincre que le corps de l'utérus ne surmonte
« pas la partie supérieure de la tumeur et qu'il s'agit bien
« d'une inversion utérine incomplète.

« Dans le troisième mois après les couches, tentatives
« réitérées de réduction, mais sans succès :

« L'opération est décidée et pratiquée le 19 avril 1880
« exactement d'après le manuel opératoire déjà indi-
« qué.

« Au réveil, douleurs très vives combattues avec les
« injections hypodermiques. Injections vaginales phéni-
« quées; légers symptômes abdominaux qui cèdent après
« quelques évacuations; pas de fièvre. Le cinquième
« jour l'anneau est avancé de deux crans et le dixième
« jour encore de trois crans. D'un cran encore le quin-
« zième, d'un cran le dix-septième, le dix-huitième jour
« la tige se détache entraînant avec elle une tumeur qui
« y était attachée. Cette tumeur présente absolument les
« mêmes caractères que celle de la précédente malade,
« avec cette différence que la déchirure est doublée et
« forme un véritable lambeau. Le fil n'a point sectionné
« les tissus; il y a au-dessus de son point d'application
« indiqué par un sillon profond une portion de tissu uté-
« rin d'un demi centimètre de hauteur qui a été morti-
« fié ». Le vingt-deuxième jour, examen : Le col pré-
« sente au toucher un aspect à peu près normal, mais l'o-

« rifice est déchiqueté, comme étoilé. Le vingt-huitième
« jour, il y a un peu d'écoulement légèrement teinté ;
« est-ce un écoulement menstruel ? ».

Voici donc d'emblée deux magnifiques succès avec le procédé nouveau. Aussi dans sa reconnaissance envers M. Pèrier, l'Académie de médecine lui décerne un de ses grands prix. Un pareil témoignage venant d'hommes aussi éminents est bien fait pour entraîner la conviction et pour rendre classique l'opération de l'inversion utérine par la ligature à tractions élastiques.

Enfin le procédé connu, les opérateurs ne manquent pas.

L'année suivante Trélat publie une observation où il a employé le procédé de Pèrier, et où il en confirme toute la valeur. La voici :

Obs. 320. Denucé. « Une femme de 37 ans, entre
« le 26 novembre 1881, dans le service de M. Trélat.
« Troisième et dernier accouchement il y a 8 ans, depuis métrorrhagies fréquentes et abondantes.

« A son entrée, on constate tous les signes d'une inversion utérine. Essais infructueux de réduction par le pessaire Gariel et la méthode de Courty. Le 13 décembre, la ligature du pédicule est pratiquée d'après le procédé de Pèrier. Douleurs très modérées, calmées par deux injections de morphine dans la journée. Le lendemain et les jours suivants, la malade va très bien (injections vaginales avec une solution de chloral au centième).

« Le cinquième jour, on resserre d'un cran l'anneau de caoutchouc. Le septième jour, la tige métallique à

« crémaillère tombe d'elle-même en entraînant dans
« l'anse de fil quelques débris gangréneux informes. Le
« toucher reconnaît dans le vagin l'existence évidente
« d'un moignon, signe certain que la section a eu lieu.
« La malade, comme cela est arrivé souvent, avait été à
« la selle la veille au soir, et avait probablement rendu
« la tumeur dans les efforts qu'elle a faits. Dès le 24,
« l'examen au spéculum montre le col un peu rouge,
« mais à peine entr'ouvert; on se garde bien de pra-
« tiquer le cathétérisme utérin avec l'hystéromètre. »

En 1882, Trangot Kröner, en Allemagne, publie deux observations où il s'est servi de la ligature avec un anneau de caoutchouc, mais sans l'appareil de M. Pèrier. Il obtint la guérison néanmoins, mais la convalescence de ses deux opérées fut troublée dans le premier cas par une fièvre intense, 40°,6, de peu de durée, cependant, dans le deuxième cas, par une paramétrite avec épanchement, et des phénomènes de paralysie localisée à la moitié gauche du corps et de la face. D'ailleurs le procédé qu'il employa fut un procédé mixte. La ligature dans chaque cas fut suivie de l'emploi de l'écraseur.

En 1883, Kaltenbach emploie aussi la ligature élastique pour une inversion utérine chronique. Il enlève l'utérus par ce moyen. Guérison.

Berliner Kl. Woch... N° 22, p. 349, 2 juin et Hayem *Revue des sciences médicales*.

En 1885, Malins en Angleterre emploie le même procédé. Guérison en 23 jours (*Lancet*, 31 octobre 1885).

Mais avant de se résoudre à cette ablation, il essaie en vain le procédé de réduction par la laparotomie de Gail-

lard Thomas. Les tractions sur le fond de l'utérus, avec un fil solide fixé par un bouton, pas plus que les pressions exercées par le vagin, ne peuvent vaincre la résistance de l'utérus.

Dans le même pays d'ailleurs, quand la méthode de réduction lente par le « *repositor d'Aveling*, » ne donne pas de résultats, les chirurgiens semblent affecter une prédilection marquée pour la laparotomie en vue de la réduction.

Ces cas sont à rapprocher de ceux de Mundé, *American Journ. of obst.*, déc. 1888.

De Mc Intosh, *New-York Medical Rec.*, 1893, 176.

De Schmalfuss, en Allemagne (*Société médicale de Hambourg*, 1886).

Où le même procédé a été suivi, donnant un succès à l'un, et à l'autre un insuccès, si complet quelquefois que la femme meurt avant la fin de l'opération. Tel est le cas relaté à la fin de la magnifique observation de Baldy que nous citons tout entière. Il serait donc téméraire de notre part d'essayer de porter un jugement quelconque sur la laparotomie dans ces cas; si le but est louable, s'il faut avant tout conserver à la femme l'organe de la gestation, nous ne devons pas oublier cependant que pour sauver ce dernier nous ne sommes pas autorisés à mettre les jours de la femme en danger.

Pour en revenir à la ligature élastique. Les chirurgiens français, moins soucieux peut-être que leurs confrères étrangers, de conserver à de jeunes femmes l'organe et les fonctions qui perpétuent l'espèce humaine, ne semblent pas avoir donné droit de cité chez eux à une opé-

ration aussi hasardeuse. Je ne crois pas d'ailleurs qu'on puisse leur en faire un reproche; quand les statistiques ne sont pas plus encourageantes, la chirurgie conservatrice, quelque noble qu'en soit le but, si zélés que s'en montrent les défenseurs, ne peut guère intervenir.

Aussi n'est-il pas étonnant de voir en 1885 le Dr Défontaine (du Creuzot), pratiquer une ablation de l'utérus par la ligature élastique de M. Périer pour une inversion utérine datant de 13 ans.

L'observation a d'ailleurs été présentée à la Société de Chirurgie par M. le professeur Terrier au nom de son ancien interne (*Bull. soc., ch. XI*, p. 911).

En voici le résumé : « Mme B..., 35 ans, accouche en 1872, 3 mois après elle tombe malade, quelques accès d'éclampsie, et depuis ce temps pertes abondantes et répétées. Un médecin, appelé pour l'examiner, croit à la présence d'un polype, il se propose de l'extirper, mais il reconnaît à temps son erreur.

C'est alors que le Dr Défontaine, consulté au mois d'août 1884, diagnostique une inversion utérine incomplète. En juin 1885, il essaie inutilement de réduire la tumeur par le taxis latéral, puis par le pessaire à air de Gariel (hémorrhagies, douleurs, rétention d'urine). Il se décide alors à enlever la tumeur par la méthode de la ligature élastique de Périer; l'opération a lieu le 13 août 1885. Anesthésie. Abaissement de la tumeur; l'inversion se complète alors. Ayant appliqué autour du pédicule un cordonnet de soie non ciré qui s'est relâché, il se voit forcé de modifier un peu le procédé en employant, au

lieu d'un anneau élastique, deux tubes (de drainage) formant anneaux.

Pendant les jours suivants au moment où il augmente la tension, trois fois la femme est prise de vomissements. Chute du tout le vingt-et-unième jour. La malade se lève le *vingt-cinquième jour*. A l'examen « le col est normal. »

Cette chute un peu tardive est attribuée à ce que le fil qui entourait le pédicule s'étant relâché, n'a exercé qu'une striction insuffisante.

Une année plus tard, M. Poncet de Lyon, applique la méthode de M. Pèrier avec un égal succès (*Lyon médical*, 4 avril 1886).

« La malade qui fait le sujet de l'observation eut à son troisième accouchement une inversion utérine, à la suite d'inertie de l'organe, l'inversion paraît être restée à l'état de simple dépression pendant un mois et s'être complétée peu à peu par les efforts de défécation. La malade se contente de la réprimer dans le vagin, mais elle revient à chaque selle. Le troisième mois écoulement menstruel considérable, leucorrhée abondante dans l'intervalle. Dans la suite métrorrhagies fréquentes qui épuisent la malade. A l'Hôtel-Dieu on diagnostique une inversion qu'il est impossible de réduire. M. le professeur Poncet se décide alors à enlever l'utérus par la méthode Pèrier, cette dernière est suivie de point en point, on place la ligature le plus haut possible.

Celle-ci est faite avec un fil de soie, le 13 janvier. Douleurs légères qui sont calmées par des injections de morphine. Le 24, élimination d'un morceau de tissu sphacélé gros comme une noix. Le 3 février l'appareil tombe

(20^e jour). A l'examen au spéculum, on voit au fond un cul-de-sac avec une cicatrice linéaire. Des soins antiseptiques nombreux ont été pris : injection puis mise à demeure d'un sachet d'iodoforme. La malade sort guérie. »

La même année Higuët, en Belgique, publie une guérison d'inversion utérine chronique puerpérale au moyen de la ligature élastique (*Bull. de l'académie royale de Belgique*, sept. 1886).

Les succès d'ailleurs se multiplient, nous ne ferons que citer l'observation du professeur Lefort. Inversion utérine chronique, ligature élastique (*Bull. soc. chir.*, XIII, p. 201-204). L'auteur n'a employé qu'un lien de caoutchouc, enroulé 7 à 8 fois autour du pédicule. Guérison.

Brickett (*Medical Record*, avril 1886) cité dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, p. 498, 1888, applique aussi la ligature élastique à une inversion utérine.

« Il s'agit d'une femme qui le troisième jour après son accouchement ressentait des douleurs expulsives très vives en même temps qu'elle perdait du sang en grande quantité. Depuis cette époque elle n'a cessé de souffrir et de perdre chaque jour un peu de sang, si bien qu'elle était tombée dans un état d'anémie et d'émaciation extrêmes. Le Dr Brickett, appelé à voir cette malade, deux ans après le début des accidents, trouva une tumeur qu'il prit d'abord pour un polypé, mais qu'un examen plus attentif lui montra être l'utérus inversé. Après de vaines tentatives pour le redresser, il posa à la base de la tumeur une ligature élastique et l'utérus fut détaché le dixième jour, guérison sans accident.

En 1887, M. le professeur Tillaux présente à la Société de Chirurgie un cas d'inversion utérine irréductible avec amputation par la ligature élastique. Guérison par le Dr Leprevost du Havre.

« La femme qui fait le sujet de cette observation, âgée de 27 ans, est accouchée pour la troisième fois le 27 septembre 1886. La délivrance tendant à se faire, la sage-femme exerça sur le cordon des tractions énergiques qui furent suivies d'hémorrhagies si abondantes que la malade resta plongée dans un état syncopal pendant plusieurs heures.

M. Leprevost vit la malade pour la première fois le 23 janvier 1887, elle était pâle, amaigrie, pouvait à peine se tenir debout. Notre confrère reconnut l'existence d'une inversion utérine et pratiqua l'amputation de l'utérus le 11 février.

Il mit rigoureusement en usage le procédé que notre collègue Périer nous a décrit et qu'il est inutile de reproduire : il obtint un succès complet. La tige à crémaillère tomba d'elle-même au dix-huitième jour entraînant dans l'anse du fil quelques débris sphacelés et informes. La malade sortait de l'hôpital le 23 mars, complètement guérie, présentant un col utérin parfaitement revenu sur lui-même ».

La liste des guérisons obtenues par ce procédé pourrait encore s'étendre davantage; d'ailleurs les cas nouveaux que nous pourrions relater ne pourraient augmenter la conviction, car nous la supposons complète, cependant pour parfaire autant que possible cette revue sur la ligature élastique, nous nous permettrons de relater sim-

plement trois derniers cas de ligature élastique publiés ces dernières années.

Le premier est celui du D^r Franchini (de Porto) Portugal. Inversion utérine, amputation par la ligature élastique (*Bull. soc. chirurgie*, 1888).

Le deuxième appartient au D^r Pinna Pintor. Deux cas d'inversion utérine puerpérale, guéris radicalement par l'amputation de l'utérus au moyen de la ligature élastique (*Rassegna d'ostét. de gynec.*, Napoli, 1894).

Et enfin pour terminer le cas du D^r C. Martin, sur un cas d'inversion utérine chronique traitée avec succès par ligature élastique continue (Birmingham, *Medical Record*, 1894, déc. 219-222).

Après de pareils succès, en face de cette unanimité des chirurgiens de différents pays, dans l'emploi de cette méthode française d'hystérectomie partielle supra-vaginale, il pourra paraître un peu téméraire de notre part d'en venir risquer ici la critique. Nous n'hésiterons pas cependant à le faire, mais nous nous abriterons derrière des autorités scientifiques indiscutables, telles que le D^r Péan cité par le D^r Secheyron, dans son livre sur l'*Hystérotomie et l'hystérectomie*, telles que le D^r Duret, notre maître, dans un rapport fait cette année à la *Société des sciences médicales de Lille*, telles enfin que M. le professeur Terrier.

Voici en effet ce que dit le D^r Secheyron :

« L'opération est douloureuse dans ses suites : les douleurs vives nécessitent l'emploi répété des injections de morphine. Cet inconvénient est sans doute de peu d'importance lorsqu'il s'agit d'une opération aussi

« grave. Il serait cependant suffisant pour abandonner le
« procédé en faveur d'une autre opération offrant les
« mêmes garanties sans occasionner les mêmes douleurs
« et la même assiduité dans les soins à donner.

« Qu'il nous soit permis de faire deux remarques :

« 1° La chute de l'eschare est longue à se produire et
« prolonge la fin de la guérison ;

« 2° Cette élimination de parties mortifiées qui ne se
« fait certes pas en bloc, oblige à des soins antiseptiques,
« à des lavages multipliés qui ne sauraient être négligés,
« sous peine de voir compromises les suites opératoires.

« Malgré toute la bonté du procédé, il y avait lieu de
« se demander si l'ablation de l'utérus par *excision* selon
« les procédés récemment mis en usage ne serait pas
« applicable à l'inversion utérine. Il est certain que cette
« méthode ayant encore à *faire ses preuves* a contre
« elle sans aucun doute un argument très puissant, la
« mortalité de l'hystérectomie vaginale pour cancer, la
« gravité de l'excision simple de l'utérus inversé et les
« succès constants jusqu'à ce jour du procédé de M. Pé-
« rier. L'hystérectomie vaginale pour cancer est grave,
« celle qui est pratiquée sur un utérus non cancéreux
« l'est moins. Et plus loin, cette ablation, *a priori*, ne
« saurait être plus grave, plus difficile que dans le cas
« de prolapsus vaginal, d'hystérectomie pour fibrome. »

Voici encore d'autres raisons qui militent en faveur
d'une méthode opératoire à ciel ouvert.

« Dans l'inversion incomplète il existe au moment de
« l'inversion un vaste cul-de-sac, recto-vésical, dont le
« fond est constitué par le sac utérin ; dans ce sac se

« sont précipitées les anses intestinales. Mais peu à peu,
« le sac utérin s'oblitére à sa partie supérieure, l'intes-
« tin, l'ovaire, les trompes sont refoulés dans la cavité
« péritonéale, et bientôt le sac ne forme qu'un diverticule
« péritonéal séparé de la grande cavité par un collet plus
« ou moins étroit. »

« Dans certains cas le diverticule peut contenir des
« organes, ovaires, anses intestinales, épiploon qui res-
« tent maintenus par des adhérences. Cette condition
« pourrait rendre très fâcheuse une ablation de l'intestin
« pratiquée sans prudence. »

« La circonspection s'impose encore bien davantage
« dans l'inversion au troisième degré lorsque l'utérus et
« le vagin sont inversés. M. le professeur Denucé décrit
« ainsi l'anatomie pathologique de cette forme d'inversion.
« Étudiée à l'intérieur, la matrice en inversion complète,
« offre entre la vessie et le rectum non plus une simple
« fosse, mais une excavation plus ou moins vaste, en
« forme d'entonnoir, tapissée par un prolongement du
« péritoine, terminée inférieurement par un rétrécisse-
« ment en forme d'anneau, au niveau du pédicule et des
« restes du col, et enfin par une cavité plus petite, tapis-
« sée également par le péritoine qui correspond à la
« matrice renversée et qui est le vrai sac utérin.

« Dans cette cavité ainsi divisée en deux loges on re-
« trouve dans la loge inférieure, les ligaments ronds, les
« trompes et quelquefois les ovaires; et dans la loge supé-
« rieure souvent une portion d'intestins, comme nous le
« verrons plus tard à propos du traitement dans une
« observation de Farabœuf et quelque fois comme dans

« l'observation de Levret, une portion notable du rectum
« et même de la vessie. »

Toutes ces considérations lui semblent nécessiter une observation nouvelle. Voici d'ailleurs la technique de cette future opération, telle qu'elle est donnée par l'élève de Péan :

1° Préhension de l'utérus et tractions en bas, de manière à rendre s'il est possible l'inversion extra-vaginale.

2° Pose de chaque côté de l'utérus de deux pièces courbes, longues de six centimètres, de manière à assurer une hémostase préventive pendant le cours de l'opération.

3° Incision circulaire autour du col. L'ablation de la tumeur devant être complète il faut enlever le col et inciser à la limite des muqueuses vaginales et utérines.

4° Décollement des tissus en avant et en arrière de l'utérus, perforation des culs-de-sac utéro-vésical et utéro-rectal, maintenir un cachèter dans la vessie, le doigt, percevant cet instrument dans le bas fond de la vessie, pourra ainsi mieux éviter des désordres de cet organe.

L'ouverture du cul-de-sac de Douglas ne pourra guère offrir de complications.

5° La cavité péritonéale étant largement ouverte la face externe de l'utérus ou du moins le cul-de-sac qui existe à sa place peut être facilement exploré. Il sera ainsi possible de se rendre compte de la présence d'anses intestinales adhérentes. Dans tous les cas après cette exploration, hémostase définitive par de grandes pinces qu'on laisse 36, 48 heures.

Le vagin sera bourré de plusieurs tampons de gaze, de petites éponges iodoformées.

L'opération ainsi conçue, d'après les procédés nouveaux, l'hystérectomie n'a été pratiquée que par Péan.

A cette affirmation de l'auteur nous ajouterons qu'elle ne l'a été que pour une inversion polypeuse, et même en lisant l'observation on peut se convaincre facilement que l'hystérectomie a été partielle. L'opérateur place ses pinces à la surface du col utérin et sectionne l'utérus au-dessous. C'est d'ailleurs sous ce titre d'hystérectomie vaginale partielle qu'elle est mentionnée dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* de Doléris, 1889, p. 457. Enfin dans le résumé qui suit son ouvrage, p. 802, l'auteur ajoute lui-même que l'extirpation partielle est suffisante le plus souvent.

Voici maintenant dans une autre forme plus concise les raisons qui ont fait préférer à notre maître, le D^r Duret, son procédé d'hystérectomie vaginale totale par la méthode de la section médiane de l'utérus.

1^o. « La méthode de la ligature élastique est douloureuse, presque tous les opérateurs le déclarent, ils sont obligés les premiers jours de calmer les malades par des injections de morphine. On comprend qu'un lien qui enserre les annexes doit être péniblement supporté. »

Nous avons vu plus haut qu'il fallait aussi faire entrer en ligne de compte la sensibilité propre de l'organe, sensibilité variable suivant les femmes, mais qui n'en existe pas moins dans la plupart des cas. C'est d'ailleurs sur cette sensibilité que M. le D^r Guéniot a fondé son moyen de diagnostic par l'acupuncture.

2° La méthode est un peu aveugle en ce sens « qu'en appliquant le lien autour du col ou sur le vagin on n'est pas bien certain d'éviter dans l'infundibulum péritonéal le pincement d'une anse intestinale, etc.

3° Le moignon sphacélé est une cause d'infection et il faut chaque jour faire des injections phéniquées fortes et même des attouchements détersifs au perchlorure de fer.

4° Le détachement du segment sphacélé est lent et si dans les cas les plus favorables il est complet le quatorzième jour, dans la plupart des observations il faut attendre jusqu'au vingt-cinquième, trentième, et même quarantième jour.

5° La section étant complète on peut redouter encore que le moignon cervical remonte du côté du péritoine et l'infecte si les adhérences et l'occlusion ne sont pas parfaites.

Avec l'hystérectomie vaginale, les accidents ne sont plus à redouter puisque l'opération est terminée en une seule séance.

D'autre part, dans notre procédé, les ligatures étant faites sur les vaisseaux, on ne laisse aucun corps étranger dans le péritoine. Les soins consécutifs sont des plus simples. »

Enfin, cette question de l'hystérectomie, telle que la comprend le Dr Duret, soulève une des grandes questions gynécologiques à l'ordre du jour, celle des résultats éloignés de l'ablation des annexes. Nous pouvons nous demander si cette ablation des ovaires qu'on peut pratiquer par l'hystérectomie ne constitue pas déjà à elle seule un avantage sur la ligature élastique qui, dans la plupart

dés cas, laisse ces organes dans la cavité péritonéale. En les supprimant, ne supprime-t-elle pas la fonction?

On pourrait peut-être nous répondre en se basant sur une observation citée par Denucé, que dans certains cas, à la suite de cette ablation partielle de l'utérus, quand le col avait repris son aspect normal, on aurait vu au moment des règles le sang menstruel s'écouler du col, sourdre à travers le moignon utérin : la femme étant ainsi à l'abri des congestions supplémentaires. Nous laisserons à nos maîtres plus expérimentés que nous sur cette question, le soin de la trancher.

Quoiqu'il en soit, nous croyons avoir montré jusqu'ici que l'opération de l'hystérectomie vaginale totale est une opération logique, nous verrons tout à l'heure qu'elle n'a encore que des succès.

Mais avant, nous pouvons dire qu'elle avait été souhaitée par les chirurgiens ; en Amérique, elle est placée au-dessus de toutes les autres par le D^r Baldy, notre observation le démontre. En France, M. le D^r Secheyron s'en fait pour ainsi dire le précurseur. Ne nous donne-t-il pas la technique opératoire d'une hystérectomie vaginale totale qui est encore à faire? Mais l'honneur en revient bien avant lui à M. le professeur Terrier. Nous nous permettons de publier le *desideratum* par lequel il terminait l'exposé de l'observation du D^r Defontaine en 1885. *Bulletin de la Société de chirurgie*, XI, page 944.

M. le professeur Terrier, tout en se déclarant satisfait du procédé de M. Pérrier, se demande si, vu la possibilité d'obtenir une asepsie parfaite du vagin, on n'en viendra pas à l'ablation rapide de la tumeur ; le fait, dit-il, est

possible. Mais il resterait encore la question de l'hémorrhagie, et dans cette dernière hypothèse, l'ablation totale avec ligature des ligaments larges pourrait être indiquée, ce nous semble.

Est-ce à dire, parce qu'une bonne méthode se fait jour, que nous repoussions de parti pris l'opération de la ligature élastique. Loin de nous cette pensée. Le procédé a fait ses preuves, il est facile à appliquer, et pour ce fait seul, nous ne partagerons pas l'avis du D^r Secheyron, qui pour implanter une opération nouvelle, ne parle de rien moins que d'abandonner le procédé de la ligature élastique.

Nous le conserverons donc sur le même rang que l'hystérectomie vaginale totale.

Mais nous limiterons son application, suivant certaines circonstances particulières. Quand il n'y aura pas d'indications d'agir rapidement, si la femme est assez âgée, près de la ménopause, et demande simplement la disparition de cette tumeur, qui sans lui occasionner de graves hémorrhagies, gêne toutefois ses fonctions vésicales ou rectales. Enfin à notre époque, tous les médecins ne font pas de gynécologie, tous ne sont pas outillés pour les opérations si délicates qu'elle exige, tous ne sont pas rompus aux procédés, aux manipulations antiseptiques, pour ceux-là, et parmi eux ceux principalement qui tiendront à opérer eux-mêmes leurs malades, le procédé de la ligature élastique de M. Périer reste le procédé de choix.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à décrire le procédé suivi par M. Duret dans ses deux cas d'hystérectomie vaginale totale, ce sera le sujet de notre dernier chapitre.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE DANS L'INVERSION UTÉRINE.

« Lorsqu'il est impossible de réduire et de maintenir réduit un utérus inversé à la suite de l'accouchement, lorsque la femme est épuisée par les métrorrhagies et minée par les douleurs, il y a lieu de songer à l'ablation du segment utérin proéminent dans le vagin ou à la vulve. »

Cette proposition émise par M. le professeur Schwartz (*Dict. de Jaccoud. Art. Utérus*), contient en principe les différentes indications de l'hystérectomie, en parlant dans un chapitre précédent de l'irréductibilité et de ses conditions, nous les avons déjà, d'ailleurs, laissées entrevoir.

L'irréductibilité, voici donc la première indication qui doit faire songer à l'hystérectomie, et par ce mot d'irréductibilité nous ne voulons pas seulement entendre ces cas dans lesquels l'utérus inversé ne peut pas reprendre sa position et sa forme normales, nous nous permettrons aussi d'y faire entrer ces autres cas, plus rares encore, il est vrai, où l'organe est devenu comme une poche inerte,

où il semble, si je puis m'exprimer ainsi, avoir perdu sa contractilité. Je n'en citerai pour exemples que deux cas : celui de Milne Murray (*Edimb.-médical J.*, 1883), où l'inversion assez facile à réduire au début se reproduit trois fois, malgré la présence d'un pessaire, à chaque fois la réduction devient plus laborieuse, et la troisième fois toutes les tentatives sont vaines ; de plus, il survient des troubles généraux graves (fièvre, état typhoïde), et surtout un écoulement sanieux d'une odeur effroyable. On se résout donc à l'amputation, mais on apprend que dans la nuit qui précède, un corps étranger s'était détaché du vagin. On constate alors qu'il s'agissait de l'utérus presque entier qui s'était ainsi spontanément éliminé.

Le cas du Dr Baldy est encore plus frappant. L'inversion dans ce cas s'est pour ainsi dire réduite toute seule, il a suffi de mettre la femme en position gènu-pectorale pour l'obtenir. Mais elle a une tendance invincible à se reproduire et la fixation même de l'utérus aux parois abdominales après laparotomie ne put l'en empêcher.

A côté de cette indication d'ablation de l'utérus pour irréductibilité par défaut de résistance, il y a l'indication pour l'irréductibilité véritable : qu'on admette pour l'expliquer la contracture du col, la congestion et les modifications de l'organe qui ont pu la suivre (sclérose, rétraction des tissus).

Et pour trouver cette indication il faut avoir essayé de réduire, il faut avoir fait ces essais successivement, en commençant d'abord par les manœuvres rapides, taxis périphérique, taxis latent. N'oublions pas toutefois que si ces méthodes ont amené quelquefois des ruptures utérines

sans danger, par contre elles ont causé la mort par péritonite ou shock.

Si l'on doit agir rapidement, si l'on veut à tout prix conserver son utérus à une jeune femme, peut-être pourrait-on tenter la réduction après incision de l'utérus par la méthode d'Otto-Küsner. Le Dr Duret l'a entrepris dans sa première observation, nous verrons que ce fut en vain. Le Dr Legueu paraît avoir voulu se rendre compte de la facilité de cette manœuvre, en opérant sur l'utérus qu'il avait enlevé. L'incision seule du col ne lui donne « aucun » résultat, en prolongeant cette incision sur la face postérieure, la réduction semble être possible, et comme « il le dit avec raison, la réduction, pièce en mains, est « plus facile que sur l'utérus en place où l'on ne peut « exercer toutes les manipulations désirables. » L'on peut même se demander, au point de vue de la fonction, si l'utérus avec ces cicatrices énormes, pourra résister au travail de la grossesse ?

Quelques auteurs ont aussi prétendu que par les méthodes de réduction lente, par le « repositoir d'Aveling » par le pessaire à air de Gariel, le colpeurynter ou même le simple tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, on pouvait réduire à coup sûr les inversions, fussent-elles très anciennes. Qu'il nous soit permis de dire, d'après les nombreuses recherches que nous avons dû faire, que telle n'est pas l'impression qui nous est restée. La lecture de nombreuses observations, tant anglo-américaines que françaises, nous a montré que souvent ces procédés restaient inutiles et que même, ils avaient amené quelquefois de redoutables accidents. D'ailleurs, dans la seconde

observation du D^r Duret, avant d'extirper l'utérus on fit en vain l'essai de réduction par le tamponnement.

Dans tout ce que nous venons de dire, on ne trouve pas encore une indication pressante d'agir. La principale, celle qu'on retrouve dans toutes les observations, vient des hémorrhagies qui épuisent la femme, souvent redoutables au moment du flux menstruel quelquefois si fréquentes et si abondantes que la malade est pour ainsi dire dans un état syncopal continu (avec palpitation, etc.), œdème de la face et des extrémités, à cet état déjà si grave viennent très souvent s'ajouter des leucorrhées très abondantes dans l'intervalle des règles. Aussi n'est-il pas étonnant que les femmes soient dans un état d'anémie, d'émaciation extrême ; quelques-unes même deviennent cachectiques, qu'y a-t-il d'étonnant, si l'on songe que la muqueuse utérine a pu devenir le siège de dégénérescence sarcomateuse, carcinomateuse.

Une autre indication se tire de l'état de gangrène qui envahit une partie ou la totalité de l'utérus, gangrène quelquefois assez rapide pour éliminer l'organe en quelques jours. Il semble dans ces cas que la nature ait pour ainsi dire hâte d'éliminer un organe qui n'est plus nourri et partant ne peut plus servir. Elle donne ainsi au chirurgien par cette rapidité d'exécution une leçon qu'il ne devra pas oublier. Il est évident que dans ces cas de gangrène même partielle, il ne faut plus songer à réduire l'utérus et à faire pénétrer dans la cavité abdominale un foyer septique qui pourrait s'y ouvrir et infecter tout l'organisme.

Les anciens chirurgiens paraissent plus brefs, ils se

contentent souvent d'une seule indication, l'irréductibilité. Voici d'ailleurs les règles énoncées en 1878, au congrès de l'association française pour l'avancement des sciences par le professeur Courty.

« Il faut demander d'abord à la nature tout ce qu'on
« peut en espérer, c'est-à-dire provoquer la réduction
« spontanée de l'inversion utérine par la pression con-
« tinue à l'aide du pessaire à air dans le vagin.

« Si l'application du pessaire à air, si la pression con-
« tinue ne réussissent pas ou ne peuvent pas être suppor-
« tées, en un mot, si la réduction spontanée est impossi-
« ble, il faut en appeler à l'art et opérer la réduction
« artificielle par le taxis aidé de la chloroformisation et
« au besoin du débridement en retenant le col à l'aide
« de deux doigts de la main qui ne refoule pas, intro-
« duits dans le rectum et courbés en crochet.

« Si ces divers moyens ont échoué, si l'on n'a pu
« réduire la matrice, il faut alors pratiquer l'ablation de
« l'utérus inversé. »

Denucé va plus loin, il lui faut plus de motifs. « Quand par l'emploi méthodique et raisonné des moyens que nous avons indiqués, on ne peut obtenir la réduction, il ne faut pas oublier dit-il, qu'il reste une dernière ressource, une ressource extrême dans un péril extrême, celle de l'ablation de la matrice elle-même. »

Nous savons maintenant dans quelles circonstances il nous faut faire l'hystérectomie vaginale totale, mais comment faut-il la faire ? Personne jusqu'ici ne l'a indiqué. Le Dr Secheyron fait bien, *a priori*, une description de la méthode à suivre, mais tout excellent que puisse paraître

son procédé, l'auteur n'a pas eu l'occasion de le mettre à l'épreuve, il ne s'est pas trouvé aux prises avec les difficultés de la pratique.

Dans ces cas d'inversion utérine, les rapports des parties ne sont plus tout à fait les mêmes. Le chirurgien se trouve gêné par cette masse qui remplit le vagin. Les culs-de-sac ont plus ou moins conservé leur forme normale, en tous cas, ils ont perdu leur support supérieur médian, l'utérus, qui sert d'appui pour les sectionner dans l'hystérectomie vaginale ordinaire. Cette considération n'est pas à dédaigner, comme nous le verrons tout à l'heure. Le Dr Legueu, pour ouvrir ces culs-de-sac « qui, glissant l'un sur l'autre, n'offraient aucun point d'appui », a dû employer une méthode qui, tout en étant fort simple, n'en est pas moins très ingénieuse.

Si l'opération est rendue un peu délicate par ces changements de rapports qui gênent le chirurgien, nous devons ajouter, par contre, que certaines difficultés de l'opération ordinaire ont disparu. L'abaissement de l'utérus est rendu plus facile, l'inversion, tout en nous le présentant à l'envers, lui a fait faire la moitié du chemin. Mais la grande différence vient surtout de la vessie. Bien que dans quelques cas sa partie postérieure se soit trouvée prise dans le nouvel infundibulum péritonéal, nous devons remarquer que dans la grande majorité des cas, elle s'est isolée davantage de l'utérus. Le temps de décollement d'avec la partie antérieure du col a disparu, et cette séparation ne constituait pas l'une des moindres difficultés de l'hystérectomie ordinaire. Décollement presque toujours difficile, quelquefois impossible, comme

le prouvent les perforations de la vessie et les fistules qu'elles entraînent. D'où vient cette différence, et comment l'expliquer ? La chose n'est guère facile, et les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet ne nous permettent pas d'avoir une opinion bien nette. Nous savons qu'à l'état normal, la vessie, séparée en haut de l'utérus par le cul-de-sac vésico-utérin, se trouve réunie à la face antérieure du col par un tissu cellulaire lâche, sur une hauteur de un centimètre à deux. M. Auvard va même plus loin et admet à ce niveau, de véritables ligaments utéro-vésico-pubiens. Quoiqu'il en soit, voici l'explication donnée par le Dr Franchomme, chef de clinique chirurgicale de M. Duret : « L'inversion débutant ordinairement par le fond de l'utérus, il se produit un décollement lent, une sorte de glissement sur la vessie de l'organe prolabé, sans qu'on puisse donner une raison péremptoire de ce décollement. » Nous pensons plutôt qu'il faut chercher ailleurs les raisons de cette séparation, et nous serions tenté de l'expliquer de la façon suivante : « Au moment de la grossesse, tous les ligaments utérins, formés par des fibres musculaires lisses comme la matrice elle-même, présentent des modifications qui les distendent et les relâchent. Ils s'allongent d'une façon marquée afin de donner plus de mobilité à l'organe. Ne pourrait-on pas supposer qu'au moment où se produit l'inversion, ils participent à l'inertie de la masse totale et laissent se produire entre l'utérus (le col) et les parties voisines un éloignement plus prononcé que normalement. Le travail de l'involution venant à se produire, l'utérus par son poids s'oppose au rapprochement et les nouveaux rapports restent acquis. »

Quoiqu'il en soit de ces caractères un peu particuliers qu'offre l'opération, on peut se demander comment le chirurgien conduira son bistouri pour faire l'ablation de la matrice inversée et comment il agira pour faire l'hémostase ?

Nous ne pouvons avoir la témérité de tracer une ligne de conduite à des chirurgiens plus expérimentés que nous, c'est pourquoi il nous paraît préférable de décrire simplement les procédés qu'ont employés les deux chirurgiens qui jusqu'ici ont fait dans ce cas l'hystérectomie vaginale totale. Quant au procédé suivi par le Dr Baldy ou son remplaçant, nous l'ignorons complètement. Nous ne décrirons donc que les procédés du Dr Legueu et du Dr Duret.

Au moment où il publia son observation le Dr Legueu ne décrivit point la méthode employée. La voici cependant, telle qu'il a bien voulu nous la communiquer de vive voix :

« L'utérus, peu volumineux; permettait d'arriver assez facilement sur le pédicule de la tumeur. Le chirurgien commença par ouvrir le cul-de-sac postérieur, puis l'antérieur selon la méthode ordinaire ; pénétrant ensuite à travers ces ouvertures élargies par les doigts, il voulut ouvrir les culs-de-sac péritonéaux ; mais la chose ne fut point facile, ces deux culs-de-sac apparaissaient comme deux voiles membraneux très minces et il fut impossible comme dans l'hystérectomie ordinaire de les dilacerer avec les doigts. Laissant alors les doigts de la main gauche dans l'ouverture postérieure, constatant par l'ouverture antérieure, qu'il n'y avait pas d'intestin ni d'épi-

ploon entraînés dans l'infundibulum, qu'on ne sentait en un mot que les deux sereuses glissant l'une sur l'autre, à l'aide d'un ciseau passé par l'ouverture antérieure, il sectionna les culs-de-sac d'avant en arrière, sur la ligne médiane, les doigts de l'autre main servant de point d'appui.

Il mit ensuite deux pinces de chaque côté sur les ligaments larges et fit leur section entre l'utérus et les pinces.

Au cours de l'opération il ne rencontra rien d'anormal la vessie n'était certainement pas entraînée dans l'inversion, elle en était tout près et le chirurgien prit soin de raser de très près la surface du col. Le procédé employé par le Dr Duret diffère totalement du précédent. L'opération dans les deux cas a été faite selon la méthode de section médiane de l'utérus, méthode préconisée par M. le Dr Quénu (communications à la Société de Chirurgie juillet et octobre 1891).

Toutefois nous pouvons dire que le Dr Duret est le premier qui ait appliqué cette méthode dans l'inversion chronique puerpérale irréductible. Dans le but d'avoir plus de jour et d'arriver ainsi à lier plus facilement les ligaments larges.

En faisant quelques recherches rapides à ce sujet, nous trouvons que cette méthode avait déjà été entrevue par le Dr Koru en Allemagne (*Centralb. für G.*, n^{os} 10, 15, 17, 1885). A propos d'un cas d'inversion utérine, le rapporteur conseille l'extirpation de l'utérus dans les cas rebelles, dans ces cas il propose de diviser la tumeur utérine en deux moitiés pour faciliter l'opération et

mieux protéger les tissus paramétriques (*Nouvelles archives d'obs. et Gyn. Revue bibliographique*, 1885, p. 345). D'ailleurs ce procédé n'avait pas été appliqué par Koru au moment où il publiait son article du *Centralblatt*.

Le D^r Segond, dont la statistique sur les hystérectomies vaginales atteint bientôt près de 500 cas, n'a pas encore eu l'occasion d'opérer une inversion chronique puerpérale irréductible. D'ailleurs, comme il a eu l'obligeance de nous le dire lui-même, c'est le procédé par hémisection qu'il emploierait de préférence.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES SUIVIS PAR LE D^r DURET.

Nous voyons à la fin de la première observation, que pendant les essais de taxis, il se produit sur le col, au niveau de l'isthme, une déchirure transversale divisant la moitié antérieure du col. Ne voulant pas enlever à la malade tout espoir de maternité, le chirurgien fait alors une incision perpendiculaire à la déchirure, de haut en bas du col vers le fond, puis il essaie de retourner la matrice. Cette manœuvre exécutée d'ailleurs très rapidement ne donne pas de résultat.

M. Duret se décide alors à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale. Il fend l'utérus inversé sur la ligne médiane dans toute sa longueur en avant, complétant ainsi son incision première, et (pénétrant) dans l'entonnoir péritonéal il procède successivement aux temps suivants.

1° Selon la méthode ordinaire il incise le vagin de droite à gauche, en avant des débris du col, puis décolle ceux-

ci des tissus sous-jacents et ouvre transversalement le cul-de-sac péritonéal antérieur :

2° L'utérus inversé étant relevé, il ouvre également le cul-de-sac postérieur ;

3° Il incise le vagin sur les parties latérales au niveau du col et avec l'aiguille de Deschamps place une ligature à gauche au niveau de l'artère utérine ;

4° L'utérus divisé sur toute son épaisseur et retourné du côté gauche est attiré fortement en bas, on amène en même temps l'ovaire et on place au-delà trois ligatures sur le ligament latéral gauche, on coupe entre les ligatures et l'utérus, après avoir appliqué une ligature totale de sûreté ;

5° On procède de même du côté droit, mais on arrive plus difficilement au-dessus de l'ovaire à cause de la torsion imprimée au ligament large. Après ligatures, la section de ce ligament termine l'opération.

Dans ce cas d'inversion du deuxième degré, inversion incomplète, les culs-de-sac existent encore, on peut encore les distinguer facilement, on sait où doivent porter les premiers temps de l'opération, sur les côtés du col on peut aisément inciser le vagin et trouver l'artère utérine que l'on lie ou que l'on pince.

Mais comment terminer l'opération ? où atteindre les ligaments larges et les annexes pour en pratiquer la section ? Pour les trouver, M. Duret, dans son premier cas, a fendu verticalement au bistouri le corps utérin inversé. Puis il a divisé la face postérieure de bas en haut avec des ciseaux en passant entre les ligaments et annexes droits et gauches vus directement à travers la boutonnière

antérieure. Alors exerçant des tractions sur une moitié il attire en bas les annexes et les ligaments qui s'y fixent. Il place alors des ligatures au-delà des annexes qui doivent être enlevées en même temps. La section en dedans des ligatures permet l'ablation de la portion utérine correspondante. Il n'y a qu'à procéder de même du côté opposé.

Dans la seconde observation, le D^r Duret n'employa pas tout à fait *la même méthode*. Après avoir fait essayer le taxis lent, par le tamponnement vaginal à la gaze iodée, tel que le préconise le D^r Pozzi, la réduction ne paraissant pas s'annoncer par ce moyen, il recourut alors au taxis rapide, celui-ci ne donna d'ailleurs pas plus de résultats, le chirurgien dut alors renoncer à ces moyens et se préparer à faire l'hystérectomie.

Saisissant alors fortement le fond de l'utérus inversé, il l'amena au dehors, complétant alors l'inversion. De cette manière la tumeur se continue directement avec le vagin; la muqueuse utérine se distingue à peine des parois vaginales, par une teinte un peu plus foncée. Le doigt reconnaît le museau de tanche à travers la paroi vaginale antérieure. *Au point limite* le chirurgien fait une incision transversale; il sectionne couche par couche et bientôt pénètre délibérément dans le péritoine. La vessie qui n'a pas été entraînée, n'est pas intéressée. A travers l'incision large de 3 centimètres environ on voit les ligaments ronds s'introduire dans l'entonnoir utérin. Ils sont saisis dans une pince, liés et coupés.

On incise de même le cul-de-sac postérieur. Dans un troisième temps opératoire, le chirurgien, après section

latérale du vagin, au moyen de l'aiguille de Deschamps, va poser une ligature sur l'artère utérine gauche. Puis d'un coup de bistouri, il incise à fond la face antérieure de l'utérus sur toute sa longueur, en procédant de bas en haut. Rien dans l'infundibulum ; il sectionna de même la face postérieure de l'utérus. Imprimant alors à la tumeur un mouvement de torsion, il aperçoit et peut atteindre le ligament large du côté gauche ; il pose trois ligatures de ce côté et sectionne entre ces ligatures l'utérus. Il achève alors la section de l'insertion vaginale du même côté.

La même conduite est tenue pour le ligament large du côté droit.

Des deux côtés on a soin qu'une des ligatures passe au-dessus de l'ovaire de telle manière que les annexes puissent être enlevées facilement.

L'opération est terminée. Pansement à la gaze iodoformée.

D'après cet exposé il est facile de voir que dans ces deux cas, M. Duret ne change rien aux premiers temps de l'hystérectomie vaginale ordinaire. Incision des culs-de-sac et ligature des artères utérines.

La modification porte sur les autres temps, elle consiste dans un cas à inciser l'utérus du col vers le fond, et dans l'autre du fond vers le col, puis les deux moitiés ainsi obtenues par la section médiane sont saisies successivement pour attirer la partie supérieure des ligaments larges et lier les utéro-ovariennes.

En résumé l'hystérectomie vaginale par hémisection est le procédé de choix dans le traitement de l'inversion utérine irréductible. Pour la pratiquer on peut se guider,

soit sur une ouverture transversale, accidentelle ou chirurgicale faite au col, ou bien sur le palper du col à travers les parois du vagin.

Ce qu'il y a de difficile dans l'hystérectomie pour inversion c'est d'apprécier la situation du col utérin, la disposition des culs-de-sac et la région où doivent être faites les incisions. En un mot, ni le col ni les culs-de-sac n'ont la disposition normale.

Mais ces quelques difficultés sont largement compensées par les deux faits suivants : 1° Les ligaments larges ont une hauteur moindre que si l'utérus avait sa position habituelle, de sorte que les ligatures sont plus faciles à appliquer. Le toucher dans ce cas rend les plus grands services. On pince entre le pouce et l'index le pédicule de la tumeur et on sent entre ces deux doigts la résistance du col et sa limite supérieure ; 2° enfin la vessie n'est pas déplacée et le décollement de la vessie d'avec le col utérin n'existe pas.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I (1).

Inversion utérine datant de 4 mois. Tentatives infructueuses de réduction. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Mme Louise B..., âgée de 25 ans, est envoyée dans le service de M. le professeur Duret par le Dr Baron (de Rexpœde) qui a reconnu chez elle l'existence d'une inversion utérine.

Cette jeune femme n'avait jamais été souffrante jusqu'au moment où elle devint enceinte pour la première fois. La grossesse se passa d'ailleurs sans aucun incident notable.

L'accouchement arriva à terme dans les premiers jours du mois de février 1894; il fut des plus pénibles. Le travail dura 5 jours et nécessita l'application du forceps.

La délivrance suivit de quelques minutes la sortie de l'enfant; des tractions avaient été exercées par la personne qui

1. Les deux premières observations sont dues à l'obligeance de M. le Dr Franchomme, chef de clinique chirurgicale de M. le professeur Duret.

présidait à l'accouchement. Immédiatement il se produisit une inversion totale de la matrice, provoquant une abondante hémorrhagie qui fut arrêtée par des injections d'ergotine.

La malade garda le lit 15 jours et eut à deux reprises des pertes de sang assez abondantes. Puis elle se leva et reprit un peu ses occupations. Mais elle resta gravement malade, très pâle, souffrant du ventre, des flancs, des cuisses, épuisée par des métrorrhagies continuelles. Au bout de 3 mois 1/2, abattue par la maladie, elle se fit transporter à l'hôpital, demandant un traitement chirurgical.

A son entrée, le 12 juin, on établit aisément le diagnostic de l'affection, facilité d'ailleurs par les renseignements que donne la malade. On trouve dans le vagin, effleurant le plancher périméal, une tumeur du volume d'une poire, renflée à son extrémité antérieure, diminuant de volume en arrière et paraissant pédiculée.

Sur toute sa surface cette tumeur est rougeâtre, granuleuse, saignant au moindre contact, peu sensible.

Une sorte de collerette entoure le pédicule de la tumeur; le doigt, introduit dans le sillon limité par cette collerette et la tumeur, circonscrit cette dernière de toute part. C'est à n'en pas douter le col de la matrice. La profondeur de ce sillon est de 2 cent. 1/2 environ. Le toucher rectal combiné au palper hypogastrique permet de constater qu'au-dessus de la tumeur il n'existe aucun organe abdominal; les doigts de chaque main se rencontrent facilement sur la ligne médiane à travers la paroi abdominale.

Malgré le laps de temps considérable écoulé depuis l'incident, malgré l'achèvement complet de la régression post-puerpérale; malgré la possibilité d'adhérences inflammatoires immobilisant l'utérus, M. Duret se décide à tenter la réduction de l'inversion. Il y procède sous chloroforme.

La main droite du chirurgien, introduite dans le vagin, exerce sur le fond de l'utérus une pression continue et progressive pendant que la main gauche, déprimant l'abdomen au niveau de la région hypogastrique, immobilise le col utérin et s'oppose à l'impulsion donnée à l'utérus par la voie vaginale.

Cette manœuvre, continuée un certain temps, n'est pas sans présenter de danger à cause de l'hémorrhagie abondante au niveau de la muqueuse utérine et des troubles réflexes respiratoires et circulatoires occasionnés par ces violences. La réduction n'est pas obtenue.

La malade est reportée à son lit après un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, pansement local et agent de compression. Cette longue séance, qui a épuisé les forces du chirurgien, n'a pas de suites fâcheuses pour la malade. On ne constate chez elle, ni fièvre, ni réaction péritonéale, ni douleurs.

L'anémie, déjà si marquée avant l'opération, est accrue par les pertes de sang inévitables pendant les manœuvres de réduction.

Sur les instances de la malade, dix jours après, M. Duret pratique une seconde intervention.

La malade étant chloroformée, le vagin est largement dilaté par deux valves de Sims. On place ensuite quatre pinces de Museux sur le bourrelet qui entoure le pédicule de la tumeur, deux en avant et deux en arrière. Un aide maintient solidement ces pinces qui amènent le col à la vulve.

Le chirurgien, exerçant des pressions sur le fond de la portion prolabée, tente à plusieurs reprises de retourner l'utérus, d'abord avec douceur, puis avec force. Brusquement la tumeur paraît pénétrer dans le col. En examinant les choses de près on se rend compte que le globe prolabé a pénétré dans une cavité sous-péritonéale, située derrière la vessie. On la ramène au dehors et on aperçoit sur le col utérin, au niveau de

l'isthme, une déchirure transversale divisant la moitié antérieure du col. Une sonde introduite dans la vessie montre que celle-ci n'est pas déchirée. La partie postérieure du col a résisté. Le chirurgien, espérant encore pouvoir réduire, fend longitudinalement les fibres musculaires du col au niveau de l'isthme en avant ; puis il essaye de retourner la matrice. Cette manœuvre ne donne pas de résultat. L'hystérectomie est alors pratiquée.

Pansement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires absolument apyrétiques et sans incident.

La malade quitte l'hôpital, le vingtième jour après l'opération, complètement guérie.

OBSERVATION II

Inversion utérine datant de 17 mois. Tentatives de réduction sous le chloroforme infructueuses. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Florine B..., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, le 4 octobre 1894.

Elle y est envoyée par le Dr Pruvost (de Raismes), qui a reconnu chez elle une inversion utérine.

Il y a 17 mois, cette personne a accouché à terme d'un enfant bien portant, de poids et de volume normal. L'accouchement, d'après les dires de la malade, paraît s'être accompli sans incident, et la sortie de l'arrière-faix n'a pas été l'occasion de tractions inopportunes.

Nous notons toutefois que pendant les huit jours qui suivirent il se produisit quelques métrorrhagies, mais elles furent peu importantes ; tout dès lors rentra dans l'ordre et la malade reprit ses occupations.

Pendant six mois les règles disparurent ; puis, pendant quatre autres mois, revinrent à leur époque normale. C'est seulement au onzième mois après l'accouchement que survinrent de véritables métrorrhagies pathologiques se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Vers la fin du mois de juillet, 15 mois après l'accouchement, la malade, épuisée par ses pertes de sang, consulta le Dr Pruvost, qui, constatant chez elle une inversion utérine, essaya, mais en vain, d'en faire la réduction sous le chloroforme. M. le professeur Duret conseilla alors un essai de réduction par le tamponnement à la gaze iodoformée, réservant d'ailleurs son pronostic sur la possibilité de la guérison par ce moyen. Les pertes de sang diminuèrent un peu, mais ne cessèrent pas complètement, d'autre part, aucune réduction ne parut s'annoncer. La malade se décida alors à subir une intervention plus active et entra dans le service de M. Duret.

A son arrivée dans les salles, nous constatons par le toucher vaginal une tumeur solide remplissant le vagin et ayant le volume d'un citron : tumeur assez molle et saignant facilement.

En suivant cette tumeur on sent qu'elle a la forme d'un ovoïde très allongé dont la grosse extrémité repose sur le périnée ; à sa base le doigt pénètre dans un sillon circulaire d'un centimètre de profondeur environ dont le rebord externe mousse et arrondi se continue avec la paroi vaginale.

Par la palpation abdominale, on sent la main s'enfoncer derrière le pubis sans obstacle et rejoindre le doigt introduit tour à tour dans le vagin et le rectum. Le diagnostic n'est pas douteux, c'est bien une inversion utérine.

La malade ne se plaint d'aucun trouble dans la défécation, ni dans la miction, mais souffre de douleurs dans les régions lombaire et périnéale, et dans le haut des cuisses.

C'est une femme de grande taille, de robuste constitution, elle n'est pas très amaigrie, mais ses chairs sont d'une pâleur cireuse. Elle ne peut plus rien faire, épuisée par ses métrorrhagies, qu'augmente encore le moindre effort.

Au spéculum on aperçoit une tumeur rouge, piriforme, granuleuse et saignant facilement, circonscrite à sa base par un sillon très marqué.

M. Duret se décide à essayer la réduction malgré l'ancienneté des accidents, mais instruit par l'insuccès de sa tentative première il fait en même temps tout préparer pour enlever l'utérus au cas où la réduction serait impossible.

Opération le 10 octobre 1894. La malade étant chloroformée, on place deux valves de Sims dilatant fortement le vagin. Puis, à l'aide de pinces de Museux, le chirurgien saisit solidement le col utérin et le confie à un aide. De la main placée dans la région hypogastrique il s'efforce de maintenir le corps utérin pendant que la main droite exprime fortement l'utérus.

Cette manœuvre est continuée avec persévérance pendant un quart d'heure environ ; le chirurgien y renonce enfin et prend ses dispositions pour pratiquer l'hystérectomie. Celle-ci fut faite d'après le procédé que nous avons indiqué plus haut.

Pansement à la gaze iodoformée. Pas de fièvre, aucun phénomène important à signaler dans les suites opératoires.

La malade sort complètement guérie le 18^e jour après l'opération.

M. le Dr Pruvost (de Raismes) a bien voulu nous communiquer les renseignements qui suivent. Nous l'en remercions sincèrement.

La guérison est parfaite, l'opérée très anémiée, par suite des hémorrhagies antérieures à l'opération, a repris peu à peu les apparences d'une santé parfaite. Elle n'a jamais souffert et n'a

accusé que quelques oppressions passagères pendant 5 ou 6 mois à l'époque où antérieurement elle avait ses règles.

Cette dame fortifiée beaucoup, mais n'est pas obèse : il y a une atrophie considérable des seins.

OBSERVATION III

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible,
par le Dr Félix Legueu (1).

J'ai eu l'occasion de pratiquer une hystérectomie vaginale totale pour une inversion utérine datant de quatre mois et irréductible ; voici l'utérus enlevé. Il s'agit, comme vous le voyez, d'une inversion totale et complète, mais sans prolapsus ; le fond de l'organe a tout entier passé au travers de l'orifice du col, et le corps lui-même a suivi, de sorte qu'il existe à peine au point de jonction du corps et du col un léger sillon circulaire. La surface muqueuse du corps, exposée depuis longtemps au contact des sécrétions vaginales, était saignante, vascularisée et par places exulcérée : les manœuvres de réduction ont achevé de la détruire en partie, du côté du péritoine on voit une cavité, un orifice dans lequel s'invaginent les extrémités des trompes et la portion adjacente des ligaments larges. L'orifice de cette cavité était très étroit ; l'extrémité du droit ne pouvait la franchir, et les organes invaginés étaient par conséquent resserrés et comme étranglés. C'est ce qui explique comment il n'y avait dans l'inversion ni intestin ni épiploon ; mais ce qui est plus curieux, c'est que malgré l'ancienneté de l'inversion (quatre mois), il n'y avait pas d'adhérence entre les faces de

1. Bulletin de la Société Anatomico-clinique de Paris (Juin 1894).

l'utérus, ni entre les faces de l'utérus et les organes inclus ; grâce à cette section verticale postérieure que nous avons faite après coup sur le col et sur l'utérus, nous pouvons voir que partout la surface péritonéale est lisse et normale.

Cette inversion complète, dont aucune tumeur de l'utérus ne peut expliquer le développement, était survenue quatre mois auparavant à la suite d'un accouchement.

La malade, âgée de 29 ans, était accouchée pour la première fois au mois de février dernier : l'accouchement avait été particulièrement long et difficile. Il avait fallu une application de forceps, et une demi-heure après environ la délivrance, survenait une abondante hémorrhagie. Ces métrorrhagies continuèrent les jours suivants, et depuis lors elles ne cessèrent pour ainsi dire pas.

Dans l'intervalle des règles, l'écoulement était moins abondant, mais cependant continu ; et au moment des règles il était plus abondant. Aussi, lorsque cette femme entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, était-elle dans un état extrême d'anémie : pâle, décolorée, presque exsangue, elle ne pouvait se tenir sur ses jambes. Au toucher nous trouvions le fond du vagin occupé par une masse dure, charnue, non sensible au toucher, et qui se continuait au dedans du col par un pédicule étranglé à ce niveau. Ce ne pouvait être qu'un polype ou qu'une inversion. Ce n'était pas un fibrome parce qu'à l'hypogastre l'utérus faisait défaut, que la main s'enfonçait profondément à ce niveau sans trouver la résistance normale du corps utérin ; enfin l'hystérométrie démontrait en même temps que le sillon, qui limitait le pédicule de la masse, était nul, n'avait que quelques millimètres de profondeur sur tout le pourtour.

Nous devons aussi nous demander s'il ne s'agissait pas d'un polype accompagné d'inversion utérine : on a donné comme

signe distinctif la sensibilité de la muqueuse utérine en opposition avec la sensibilité de la surface du corps fibreux (Tillaux, Guéniot, Gosselin). Ici la surface du corps inversé n'était pas sensible ; nous savons d'ailleurs que la valeur de ce signe a été contestée, par Leprevost entre autres, dans une communication à la Société de Chirurgie, et Berger et Ribemont ont constaté dans des expériences faites à Lourcine que la muqueuse utérine est insensible à l'état normal. On a invoqué aussi la souplesse plus grande, la couleur plus foncée aussi du tissu utérin, mais tout cela ne sont que de faibles indices ; et en somme deux raisons seulement me faisaient penser qu'il s'agissait d'une inversion simple sans fibromes, c'est la régularité de la tumeur et son volume qui correspondait à peu près ou semblait correspondre au volume d'un utérus normal.

Dans tous les cas il fallait agir, et la malade étant endormie, je me mis en demeure de réduire le prolapsus, ou d'en pratiquer l'excision... La réduction fut impossible ; bien que d'une main placée sur l'abdomen j'aie cherché à maintenir le col en place, et de l'autre, placée dans le vagin, j'aie refoulé lentement et avec pression la tumeur inversée, je ne pus parvenir à la diminuer et à la réduire. Le col resserré sur le pédicule empêchait l'utérus de remonter : il fallait donc renoncer à la réduction, et en venir à l'opération.

Parmi les procédés opératoires employés en pareil cas, celui qui est aujourd'hui classique, c'est le procédé de la ligature élastique de Périer, qui consiste à exciser, à l'aide d'une ligature élastique placée à la base de la tumeur, toute la partie inversée.

Ce procédé est d'une application facile et il a déjà de nombreux succès. Mais comme celui de Kaltenbrack, il laisse un moignon inutile, et comme la technique de l'hystérectomie vaginale est aujourd'hui très bien définie et que l'opération est ren-

due plus facile, je crus préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale ; je me demandais d'ailleurs s'il n'existait pas des adhérences, si ce n'étaient pas ces adhérences qui contribuaient à faire l'irréductibilité, et il me semblait préférable en cette occurrence d'ouvrir le cul-de-sac et d'enlever l'utérus.

L'opération fut, on le conçoit particulièrement simple et facile ; il n'y eut de difficulté que pour ouvrir les culs-de-sac, qui, glissant l'un sur l'autre, n'offraient aucun appui. Deux pinces à gauche suffirent à l'hémostase de ligaments larges. La malade a parfaitement guéri.

En étudiant la pièce enlevée intacte, j'ai cherché à me rendre compte des conditions qui avaient fait ici l'irréductibilité : des adhérences, il n'y en avait pas ; on ne pouvait donc invoquer le contact ou l'accrolement des surfaces séreuses.

Mais en observant l'orifice péritonéal de l'inversion, on le trouve étroitement resserré sur les organes qu'il contient, au point que même la pièce en mains il est impossible d'obtenir la moindre apparence de réduction, au contraire, dès que le col est sectionné, on peut arriver, sinon à réduire, au moins à mobiliser l'inversion sur son col, ce qui est déjà beaucoup. Si l'on prolonge la section sur la surface postérieure de l'utérus, alors la réduction semble être possible ; mais il convient de faire remarquer que cette réduction, même par ce procédé, est plus facile sur la pièce en mains, où l'on peut exercer toutes les manipulations désirables, que dans l'utérus en place, où il est moins simple d'exécuter tous les mouvements que l'on veut. Il est d'ailleurs un procédé de réduction des inversions, qui a été récemment décrit dans un journal allemand qui est précisément basé sur cette constriction énergique exercée sur le col. Il consiste à ouvrir le cul-de-sac postérieur, à inciser verticalement le col et la partie postérieure de l'utérus : la réduction serait ainsi

facile, et il n'y aurait plus ensuite qu'à faire la suture de l'utérus remis en place, et du cul-de-sac péritonéal.

OBSERVATION IV

(Du D^r Baldy, traduction inédite).

Inversion complète de l'utérus avec prolapsus traitée par le tamponnement vaginal, la laparotomie avec fixation de l'utérus à la paroi et finalement par l'*hystérectomie vaginale*.

Par le D^r Baldy, professeur de Gynécologie à la Polyclinique de Philadelphie.

Medical and surgical des Reports, 26 juillet 1891, 123.

On cite de temps en temps des cas d'inversion de l'utérus, cependant leur fréquence n'est pas encore devenue tellement grande qu'il soit inutile d'en relater un nouveau. Chacun connaît les difficultés que nous éprouvons pour guérir cette affection, ainsi que les nombreux moyens inventés pour y parvenir. En dépit de tous les efforts elle demeure l'affection gynécologique où les succès sont les plus rares.

En 1888, je fus appelé par les D^{rs} Ulrich d'Annville et Gloumge de Lebanon pour examiner une femme dont voici l'histoire :

Elle était âgée de 33 ans et avait mis au monde un enfant huit ans auparavant. Le travail s'était quelque peu prolongé, il avait fallu une application de forceps. Pendant ses couches elle remarqua que quelque chose voulait sortir de l'orifice vulvaire; mais sur sa demande, le médecin lui répondit qu'il en était ainsi pour toutes les femmes et que tout irait bien. Sa prédiction cependant fut fausse, et au fur et à mesure que le temps s'écoulait la grosseur tendait à sortir de plus en plus. Il y eut des hémorrhagies fréquentes et abondantes. Les règles

étaient très douloureuses. La tumeur était très sensible et ne pouvait être repoussée en arrière qu'avec la plus grande difficulté.

A l'examen, on pouvait constater une inversion complète de l'utérus, compliqué d'un prolapsus complet du même organe et de ses annexes. Les ovaires, situés à la partie la plus inférieure de la masse, étaient volumineux et très sensibles. En essayant la réduction on ne pouvait éviter de les comprimer.

La miction et la défécation ne pouvaient se faire qu'en refoulant toute la masse dans le vagin. Le mari de cette femme l'avait depuis longtemps quittée à cause de son état. Elle avait elle-même l'esprit affecté et n'inspirait que de la pitié. Comme je devais quitter le pays, je l'adressais à un autre médecin qui la fit entrer à l'hôpital.

Un an plus tard, à l'époque d'un court séjour dans ce pays, je fus appelé une fois de plus pour voir la malade. Sur ma demande, le chirurgien me communiqua le résultat de son traitement.

Le voici : Dans la semaine qui suivit son admission à l'hôpital, elle avait une fois par jour été mise dans la position gécupectorale, toute la masse était rentrée dans le vagin, et on y avait mis un tampon pour la retenir dans cette position; au bout de ce temps on constata que l'utérus avait repris sa position normale; l'inversion s'était pour ainsi dire réduite spontanément. A cette période de son traitement, la malade voulut s'en aller, refusant tout autre intervention ultérieure et retourna chez elle dans le pays.

Quand je la vis, une année plus tard, le prolapsus était aussi prononcé qu'autrefois et l'inversion tendait à se reproduire.

Je fis l'opération d'Emmet sur la paroi antérieure du vagin, enlevant du tissu relâché tout ce que je pus et je refermais le périnée selon la méthode d'Emmet. En quelques mois toute la masse s'était de nouveau prolabée, je fus donc encore appelé

pour une nouvelle intervention. Cette fois j'enlevai les ovaires, ils avaient la grosseur d'une noix et étaient profondément malades. En agissant ainsi j'eus un triple but : d'abord apaiser la douleur qui était extrême, produire la ménopause et éviter les congestions menstruelles, chacune d'elles amenait une augmentation de poids des organes pelviens et aggravait le prolapsus de plus en plus.

En soulevant les organes prolapsés et en les enlevant, je pris bien soin, au moment de mettre les ligatures, de comprendre dans le pédicule le plus possible des ligaments larges. La ligature traversait les ligaments larges au-dessous du ligament rond, ce dernier était ainsi compris dans le lieu, et aidait ainsi à maintenir l'utérus en haut ; je suturai l'utérus à la paroi abdominale. Comme la première opération, celle-ci ne réussit point, bientôt le prolapsus était aussi complet qu'autrefois. Dans la suite je reçus un nombre incalculable de lettres, tant de la femme que des médecins, me priant de faire un nouvel essai pour la rétablir. Après tout ce traitement elle ne souffrait plus du prolapsus, mais *l'inversion de l'utérus s'était reproduite*. Je consentis à faire un nouvel effort pour la guérir, à la seule condition qu'elle vint à la ville et qu'elle voulût bien se confier sans réserve à mes soins ; je lui apprenais en même temps que je me proposais d'enlever son utérus. Un mois durant je n'eus d'elle aucune nouvelle, c'est alors que j'appris qu'elle s'était rendue à la maison de refuge du pays où *l'ablation de son utérus avait été faite par le vagin*. Si mes souvenirs sont précis, l'on me dit alors qu'il y avait encore un certain degré de prolapsus des parois vaginales, ce qui nécessiterait probablement une dernière intervention pour la guérir. *Après 8 années de souffrances perpétuelles*, cette pauvre femme délaissée par son mari et par sa famille, tout cela grâce à la négligence et à l'ignorance de son médecin, pendant qu'elle gardait la chambre pour ses couches,

avait été forcée de se réfugier à la maison de secours, en état d'aliénation mentale.

Ce cas présente plusieurs points intéressants. La facilité avec laquelle l'utérus inversé s'est réduit ne constitue pas un fait unique. Robert Barnes (*Maladies des femmes*, 2^e édition) et R. P. Harris (*Amer. jour. of. med. sc.*, janvier 1880) font mention de ces réductions spontanées de l'utérus en inversion. Le Dr Ch. Lee (*Amer. journ. of obst.*, 1888) a rapporté deux cas dans lesquels la réduction s'est faite après quelques semaines d'application d'un tampon vaginal. Dans le cas qui nous intéresse, l'utérus avait repris sa position, après une durée de traitement plus courte même que dans les cas de Lee.

Les vains efforts faits pour maintenir l'utérus dans ses conditions normales et pour guérir le prolapsus doivent être probablement attribués à une certaine réunion de circonstances. La femme avait l'esprit atteint, elle demandait une opération et celle-ci à peine terminée, qu'elle refusait de se soumettre au traitement consécutif établi en vue de maintenir ce qui était gagné. Quand elle s'apercevait cependant que l'opération n'avait pas réussi, elle en demandait une autre et ainsi de suite. Toutes ces opérations auraient été évitées par la laparotomie seule; on serait arrivé au succès, mais les bons effets d'une opération étaient perdus avant qu'on pût obtenir l'autre.

Jusqu'ici j'ai oublié de mentionner un détail d'un intérêt très grand au point de vue scientifique. Quand l'utérus était en inversion l'ouverture des trompes à son sommet était très visible. J'eus plusieurs fois l'occasion d'examiner

la malade au cours de ses périodes menstruelles. Le sang foncé menstruel vint tout entier des trompes. La muqueuse utérine conserva son apparence ordinaire, l'écoulement à travers les orifices des trompes se faisait facilement et avait tous les caractères du sang des règles. Ce cas sera très utile pour ceux qui soutiennent la théorie de Tait sur la menstruation. Le fait que la muqueuse utérine ne présentait aucun exsudat, ne surprendra pas si l'on considère tout le temps qu'elle a été exposée aux influences étrangères, mais ce fait de l'écoulement facile par les trompes a une réelle signification. J'ai vu des cas d'inversion dans lesquelles le sang suintait à travers la muqueuse mais c'était des inversions plus récentes et dans un cas il y avait sur le fond des excroissances polypeuses.

Mon expérience personnelle sur cette affection m'empêchera d'employer à l'avenir ces méthodes de réduction par la force qui sont encore et ont été mises en usage dans le passé et que tous les livres classiques recommandent. Quand un usage sérieux et persistant du tampon vaginal a été fait pour réduire l'inversion de l'utérus, *la seule opération rationnelle est l'hystérectomie vaginale*. De temps à autre, certains cas sont réduits par une quelconque des nombreuses méthodes recommandées, mais le plus souvent elles ne réussissent pas parmi ces méthodes. La plus scientifique et celle qui réussit le mieux est celle d'Aveling. Elle consiste dans la pression élastique, continue faite suivant l'axe du bassin. Mais il faut un instrument spécial et l'opération dure plusieurs jours. En faisant un essai manuel de réduction, je l'ai vu produire une péritonite, une laparotomie consécutive l'a démon-

trè, cette pèritonite avait amené l'adhérence de tout ce qui se trouvait dans le bassin, trompes, ovaires, intestins et épiploon. Encore, l'inversion était-elle restée irréductible. Quand l'abdomen fut ouvert, qu'on eut passé un fil solide à travers le fond de l'utérus dans le vagin et qu'on eut attaché un bouton à l'extrémité vaginale du fil, j'ai vu faire d'inutiles efforts avec une main dans le vagin pour obtenir la réduction, et cependant pour venir en aide aux tractions, on essayait d'agrandir le col par la partie supérieure à l'aide de dilatation. J'ai vu même un bouton traverser l'utérus pendant des tractions faites sur le fil, et la malade mourut, bien qu'on eût enlevé le col de l'utérus avec tout ce qu'il contenait. Ces nombreuses tentatives faites avant l'amputation avaient achevé la femme déjà épuisée.

Je considère donc toutes ces méthodes sans distinction comme illogiques et dangereuses, et je pense qu'on devrait les condamner pour en venir à *l'hystérectomie vaginale qui est une méthode sûre, rapide et sans inconvénients*, à condition toutefois de ne pas avoir réussi avec l'emploi du tampon vaginal, comme il a été dit plus haut. »

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie dans l'inversion utérine puerpérale irréductible est une méthode récente qui n'a été employée qu'un très petit nombre de fois.

Le procédé de l'hémisection, employé jusqu'ici par le Dr Duret seul, pour ce cas, rend l'opération plus facile.

Les progrès de la chirurgie utérine faisaient cependant prévoir que cette méthode serait employée dans les cas d'inversion puerpérale chronique et irréductible, aussi bien que dans beaucoup d'autres affections utérines.

2° Les indications en sont tirées de l'irréductibilité absolue, de ses inconvénients (hémorrhagies principalement) et des dangers que peuvent faire courir aux malades les méthodes qui ne sont pas rigoureusement aseptiques.

3° La ligature élastique, méthode de choix, jusqu'à ce jour, nous semble, à ce dernier point de vue, devoir passer au second rang et n'être utilisable, que dans quelques cas exceptionnels, tenant surtout à l'inexpérience de l'opérateur.

4^o L'hystérectomie vaginale totale, par section médiane, dans les cas où elle a été employée, a donné d'excellents résultats au point de vue immédiat et consécutif.

Il est probable qu'elle deviendra la méthode générale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Annales de Gynécologie, 1883-1895.
- ARBRUCKLE. — Lancet, 31 oct. 1885.
- Archives de Tocologie et de Gynécologie.
- AUDIGÉ. — Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine chronique. Thèse Paris, 1881.
- AVELING. — Leçon clinique sur dix cas d'inversion utérine (British med. Jour. Mars 1886).
- BALDY. — Obs. The medical and surgical. Reporter, 25 juillet 1891.
- BARBER. — Obs. Lancet, 1^{er} octobre 1887.
- BRUKETT. — Obs. Medical Record, avril 1886.
- BROWNE. — New-York med. jour., nov. 1883.
- CHASSAIGNY. — Lyon médical, avril 1889.
- DEFONTAINE. — Obs. Présentation de M. le professeur Tèrier, Bull. de la Société de Chirurgie, XI. Août 1885.
- DELBET. — Art. Utérus du grand Traité de Chirurgie.
- Id. Suppuration pelvienne.
- DENUCÉ. — Traité de l'inversion utérine. Paris, 1883.
- DOLÉRIS. — Nouvelles archives de Gynécologie et d'Obstétrique.
- DURET et FRANCHOMME. — Société des sciences médicales de Lille. Déc. 1894.
- FRANCHOMME. — Journal des sciences médicales de Lille, 1895. N^{os} 22 et 24.

- HAYEM. — Revue des sciences médicales, 1883-1895.
- KEMPE. — British med. jour. juillet, 1888.
- LE FORT. — Bulletin de la Soc. de Chir., XIII.
- LEGUEU. — Obs. Société anatomique de Paris, juin 1894.
- LEPRÉVOST. — Obs. Présentation de M. le professeur Tillaux. Bull. de la Soc. de Chirurgie pour 1888, p. 503.
- MALIUS. — Obs. Lancet, 31 octobre 1885.
- M. INTOSH. — Obs. Medical record. New-York, 1893.
- MARTIN. — Obs. Birm.. Medical Record. Décembre 1894.
- MUNDE. — Obs. New-York, médical jour. Octobre 1889.
- PÉRAIRE. — Obs. Bulletin de la Soc. de Chir.
- PERRIER. — Obs. et procédé. Bull. soc. chir., 1880-1881.
- PITTARELLI. — Congrès de Bruxelles, septembre 1892.
- PONCET. — Lyon médical, 4 avril 1886.
- PORAK. — Archives de Tocologie, février 1892.
- PUECH. — Montpellier médical, 1892.
- RÉMY. — Archives de Tocologie, février 1891.
- SECHEYRON. — L'hystérotomie et l'hystérectomie par la voie vaginale.
- SICARD. — Inversion utérine puerpérale et modes de réduction. Thèse Paris, 1892.
- WEISS. — Des réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance. Thèse Paris, 1873.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — De l'inversion puerpérale en général.	7
Définition.....	
Étiologie.....	
Symptômes.....	
Traitement par la réduction.....	
CHAPITRE II. — De l'irréductibilité dans l'inversion utérine.	17
Causes.....	17
Dangers de l'expectation. Hémorrhagies. Douleurs, infection de la muqueuse et suppuration, propagation pelvienne.....	21
Énumération des principales méthodes employées contre l'irréductibilité.....	26
Excision. Ecrasement linéaire. Destruction du pédicule par les cautères.....	29
Ligature fixe et à pression répétée.....	36
CHAPITRE III. — Ligature élastique et hystérectomie.....	41
Histoire de la ligature élastique, observations.....	41
Résultats.....	56
Comparaison des deux procédés.....	59

CHAPITRE IV. — Indications.....	64
Technique de l'hystérectomie vaginale dans l'inversion	
irréductible.....	64
Procédé du D ^r Legueu.....	71
Procédés du D ^r Duret.....	73
CHAPITRE V. — Observations d'hystérectomie.....	78
CONCLUSIONS.....	94
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	96

